



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 18 avril 2012 — Vol. 42 N° 46

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

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 18 avril 2012 — Vol. 42 N° 46

Table des matières

Santé	1
Remarques préliminaires	1
M. Yves Bolduc	1
Mme Agnès Maltais	3
Discussion générale	5
Document déposé	5
Document déposé	8
Document déposé	57
Document déposé	66

Autres intervenants

M. Gerry Sklavounos, président

M. Germain Chevarie
M. Amir Khadir
Mme Maryse Gaudreault
Mme Carole Poirier
M. Éric Caire
M. Guy Leclair
M. François Bonnardel
Mme Filomena Rotiroti

- * M. Alain Poirier, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Jean Latreille, idem
- * M. François Dion, idem
- * Mme Marie Rochette, idem
- * M. Daniel Lefrançois, idem
- * M. André Delorme, idem
- * M. Denis Lalumière, idem
- * Mme Hélène Beaulieu, idem
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * Mme Lise Verreault, idem
- * M. Richard Audet, Régie de l'assurance maladie du Québec
- * M. Marc Giroux, idem
- * M. Guy Simard, idem
- * M. Louis Beaulieu, Transplant Québec

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 18 avril 2012 — Vol. 42 N° 46

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

(Onze heures cinquante minutes)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, à l'ordre s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir prendre un moment afin d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie ici, au salon bleu de l'Assemblée nationale, afin de procéder à l'étude des crédits budgétaires du volet Santé, relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2012-2013, une enveloppe de 14 heures ayant été allouée pour l'étude de ces crédits.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Maltais (Taschereau) remplace M. Pelletier (Saint-Hyacinthe).

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, Mme la secrétaire.

Santé

Nous allons débiter par les remarques préliminaires puis nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses, en alternance entre le groupe parlementaire formant le gouvernement et les députés de l'opposition.

La mise aux voix du programme n° 4, Régie de l'assurance-maladie du Québec, sera effectuée à la fin du temps qui est alloué à l'étude de ce volet, soit le 19 avril en soirée.

Je vous informe que trois députés indépendants, soit les députés de Mercier, de Shefford et de La Peltrie ont signifié leur intention de participer à l'étude de ce volet. Ils disposeront respectivement d'un temps de parole de 20 minutes, selon la décision de la présidence.

Puisque nous avons commencé en retard, il y a entente pour qu'on poursuive nos travaux jusqu'à 13 h 30, de ce que j'ai compris. Il y a un autre, environ, 12, 15 minutes qui sera ajouté à une autre plage qu'on va récupérer à un autre moment.

Évidemment, en terminant, je vous invite, aux fins de l'étude des crédits, à poser des questions les plus courtes possible, évidemment; évidemment de fournir les réponses les plus brèves et sur le sujet possible afin de pouvoir favoriser le plus grand nombre d'échanges possible.

Alors, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. le sous-ministre qui l'accompagne ainsi que les autres fonctionnaires qui accompagnent M. le ministre, le personnel de son cabinet, les députés ministériels et, du côté de l'opposition officielle, Mme la députée de Taschereau, qui est porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, pour ces crédits.

Remarques préliminaires

Alors, sans plus tarder, nous pouvons débiter avec les remarques préliminaires. M. le ministre, vous disposez de 15 minutes pour vos remarques d'ouverture. La parole est à vous, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Yves Bolduc

M. Bolduc: Bien, merci, M. le Président. D'abord, je voudrais souhaiter la bienvenue à tous les gens qui sont ici aujourd'hui, dont, M. le Président, vous et votre équipe, la députée de Taschereau avec son conseiller habituel que nous aimons beaucoup, M. Sylvain Gobeil, nos députés, également, du gouvernement et surtout nos gens du ministère qui vont être ici aujourd'hui et demain pour m'appuyer, pour informer la population et l'opposition sur tous les travaux, je dirais, les beaux travaux qui se font au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Comme les gens peuvent le constater, nous sommes plusieurs, tout simplement parce que le ministère de Santé et Services sociaux, c'est quand même 43 % du budget de fonctionnement du gouvernement, c'est des millions de personnes qui sont traitées à chaque année, également c'est des millions d'actes qui sont faits, c'est 300 000 travailleurs. Donc, ça représente un très gros système, puis, je tiens à le dire et je le crois fermement, que tous les Québécois sont très fiers.

Dans un premier temps, M. le Président, je voudrais rappeler c'est quoi, notre mission. Notre mission, c'est d'offrir des soins et des services appropriés à notre clientèle pour maintenir ou améliorer la santé de l'individu et de la population. Et cette approche populationnelle a été vraiment au coeur de notre stratégie gouvernementale au cours des dernières années alors qu'on a refait, depuis 10 ans, une reconfiguration complète du réseau de la santé en termes d'organisation de services avec l'approche populationnelle, la hiérarchisation des services, l'approche qu'on appelle, là, l'approche par CSSS.

M. le Président, je tiens aussi, également, à rappeler l'importance de l'étude des crédits. L'étude des crédits, c'est un exercice de reddition de comptes qui va durer environ 20 heures pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui

permet d'informer l'opposition sur le travail qui a été fait, qui permet également à l'opposition de poser des questions et parfois de nous lancer des défis pour trouver les réponses justes. Mais l'opposition peut être assurée de notre collaboration.

L'autre élément qui est important, qu'on oublie souvent, avec ce bel exercice que j'apprécie beaucoup, ça permet d'informer la population. C'est également un exercice de pédagogie pour montrer à la population du Québec à quoi est utilisé l'argent qu'ils nous donnent via leurs impôts, via les taxes. Et cet argent-là, je peux vous assurer, est utilisé de façon judicieuse. Et pourquoi à la fin? C'est pour leur donner des services de santé mais également permettre aux gens de recevoir des soins qui sont adéquats.

Juste quelques chiffres en introduction, M. le Président. Le Québec, cette année, c'est 8 millions d'usagers potentiels. Notre population québécoise a passé le cap des 8 millions. C'est maintenant 94 centres de santé et des services sociaux. Auparavant, c'était 95, mais, l'année dernière, nous avons fusionné le CSS de Lac-Témiscamingue et Kipawa avec celui du Témiscamingue pour devenir le CSS du Témiscamingue. C'est 125 hôpitaux; c'est 468 installations de CHSLD dans lesquels vivent 39 000 résidents; c'est 300 000 travailleurs, dont près de 21 000 médecins, plus de 50 000 infirmières, mais également nous avons des catégories de tous types de professions: des nutritionnistes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues. Et je tiens à dire à ceux que je n'ai pas nommés: Ce n'est pas parce qu'on ne vous connaît pas, c'est parce qu'il faut en nommer quelques-uns. Mais je tiens à vous dire que, pour chacun d'entre nous, chaque personne qui travaille dans le réseau de la santé est extrêmement importante.

Ce que ça représente comme activités, c'est également 39 millions de visites médicales par année. Certains vont dire qu'ils ne vont pas souvent à l'urgence, ils ne vont pas souvent consulter de médecins, mais c'est 80 % des Québécois qui consultent un médecin à chaque année et, souvent, lorsque quelqu'un a une maladie très importante — on peut parler d'une maladie du cœur, un cancer, le diabète — il va consulter un médecin plusieurs dizaines de fois par année. Entre autres, si vous avez un épisode aigu de cancer, vous allez voir plusieurs catégories de médecins, plusieurs spécialistes et vous allez les revoir très souvent. Donc, c'est pour ça que c'est un système qu'il est important qu'il soit bien contrôlé puis c'est un système qui doit être également bien géré et dont la mission première, je tiens à le répéter, c'est d'offrir des services à la population. C'est 500 000 chirurgies qu'il se fait à chaque année dans notre réseau, c'est 3,4 millions de visites à l'urgence, c'est 700 000 transports ambulanciers.

Au cours de l'exercice de l'étude des crédits, M. le Président, nous aurons l'occasion de parler également de financement. Et puis je pense que c'est important pour la population du Québec, parce que 43 % des dépenses de l'État, en termes de dépenses de fonctionnement, vont à la santé et aux services sociaux. Par rapport au produit intérieur brut, c'est 11 %. Si on se compare avec d'autres pays, généralement, on est dans la bonne moyenne. Sauf qu'on sait que notre voisin, ce sont les Américains qui ont, eux autres, un système qui est différent. Pour vous montrer la compétitivité puis la comparaison des systèmes, le système américain, lui, est à 17 %. Il s'en va cette année autour de 18 %, et leurs études démontrent que leurs résultats de santé de population sont moins bons que les nôtres. En termes d'espérance de vie, les Américains, c'est un peu plus de 78 ans. Les Québécois, cette année, c'est 81,5 ans qu'ils vivent, en moyenne, à la naissance, ce qui est très, très bon. On est dans les meilleurs au monde. On se compare dans les cinq meilleurs pays au monde en termes d'espérance de vie. C'est pourquoi, quand on juge le système de santé, il ne faut pas le juger sur des anecdotes ou des coupures de presse. Et puis ça, il faut respecter qu'on est dans une démocratie, on a ces coupures de presse là qui viennent, mais il faut voir que notre système de santé, globalement, donne des excellents résultats, depuis les soins à la naissance jusqu'aux soins à la mort.

Et puis je rappellerais quelques caractéristiques, parce que ce n'est pas le genre de questions, je pense, que l'opposition va nous poser, mais, je pense, c'est important de positionner le système de santé. C'est d'abord un système de santé qui est universel. C'est un système de santé de compétence provinciale — et vous pouvez être assurés qu'on défend nos droits à ce niveau-là — c'est-à-dire que c'est géré par la province. D'ailleurs, on dit qu'au Canada on a un grand système de santé qui est universel, mais, dans le fond, c'est 13 systèmes de santé, parce que c'est selon la compétence provinciale. Les dépenses sont publiques à 70 %, privées à 30 %. Il y a certains services qui ne sont pas couverts: on parle de certains médicaments, on parle des optométristes, on parle de la chiropraxie. Ce ne sont pas des services qui sont couverts, mais par contre ce sont des services que le citoyen peut ou doit se payer.

Le système public couvre très bien l'ensemble des services, dont, entre autres, toutes les grandes urgences. Tous les services qui sont essentiels pour la population, ils sont couverts par le système public. Et une des caractéristiques du système québécois, c'est qu'il y a très, très peu de copaiement. C'est-à-dire, à part l'assurance médicaments dans laquelle on a un copaiement, qui est minimal, qui n'empêche pas la consommation des médicaments puis d'avoir les services requis, il demeure que l'ensemble des services est complètement gratuit. Si vous allez dans des pays, entre autres en Europe, il y a plusieurs endroits, à chaque fois que vous allez voir le médecin, il y a une contribution à faire. Ici, on a fait le choix de ne pas avoir ça.

Une caractéristique de notre système de santé également, c'est un système avec un seul payeur. C'est le gouvernement du Québec qui est le payeur principal et, sauf pour les autres dépenses privées qui sont assumées soit par des assurances ou par la personne elle-même, l'ensemble des services est avec un seul payeur et très peu, comme je vous disais tantôt, de copaiement.

Un panier de services qui est très large. Généralement, les gens vont vous dire que, quand ils vont chez le médecin, il y vont pour à peu près tous les problèmes, et à peu près tous les services sont couverts, sauf certains services, exemple, au niveau de l'esthétique et également au niveau de certains services qu'il a été décidé, sur une base, je vous dirais, décisionnelle de population, de ne pas couvrir, exemple: l'optométrie, les frais dentaires chez les adultes ne sont pas couverts par notre système de santé public, mais sont couverts par le système de privé... le système de santé privé, sauf pour les gens qui reçoivent la sécurité du revenu.

● (12 heures) ●

M. le Président, pourquoi je fais cette introduction-là, c'est qu'on va avoir l'occasion, au cours des prochaines heures, prochains jours, de discuter du système de santé, puis il faut d'abord avoir la vision globale du système de santé pour,

après ça, rentrer dans les détails. Et ce que la population doit voir venir, c'est tous les services qui sont donnés de façon parallèle et concomitante dans un réseau de la santé.

Entre autres, si vous allez dans un hôpital, vous allez voir qu'à chaque jour c'est des milliers de patients qui se font traiter, c'est des patients qui viennent recevoir des services, et c'est un système qui fonctionne relativement bien. La mise en garde que je fais: Il n'y a aucun système de santé qui est parfait. C'est une des caractéristiques qu'on voit de tous les systèmes de santé, il n'y a aucun système qui peut dire qu'il est parfait. Mais, quand on se compare avec les autres systèmes de santé... Puis on a eu, récemment, des comparaisons au niveau international, entre autres avec l'OCDE, des comparaisons, également, du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes, et le Québec, sur les données récentes de l'ICIS, qui sont sorties il y a environ deux semaines, démontraient que le Québec était toujours premier, deuxième ou troisième dans toutes les catégories d'indicateurs de résultat qui sont valables pour la santé de la population, pour la sécurité et au niveau également du nombre de soins que l'on donne à chacun de nos citoyens.

M. le Président, je ne sais pas combien il me reste de temps, mais je vous dirais...

Le Président (M. Sklavounos): Il vous reste encore sept minutes, M. le ministre.

M. Bolduc: Sept minutes? Ça fait que je vais pouvoir en parler encore un petit peu plus, dans ce cas-là, mais je pense... Parce qu'on n'a pas notre temps, en haut. D'habitude, on a le temps, en haut, qui est chronométré, qu'on peut se voir, là, puis on peut se... mais là je ne l'avais pas.

Ça fait que, M. le Président, je reviendrais peut-être sur nos indicateurs de résultat qu'on veut avoir. L'enjeu du réseau de la santé, même si je considère quand même que c'est acceptable, c'est la question de l'accessibilité des services en termes de délais. On sait que notre réseau de la santé, un des enjeux que nous avons, c'est cette accessibilité où on veut avoir des délais en temps réel, si possible, mais qu'on sait que ça peut prendre un certain temps avant de voir un médecin, un chirurgien, puis avant d'être opéré.

Par contre, lorsqu'on mesure la perception des gens, c'est que le système, souvent, prend un certain temps. Mais, lorsqu'on mesure de façon impartiale au niveau des délais... Un exemple: en chirurgie, c'est 92 % de nos patients qui sont opérés à l'intérieur de six mois. 99 % des patients reçoivent leurs traitements de radiothérapie à l'intérieur de la recommandation de quatre semaines. La majorité des patients sont largement opérés, lorsqu'ils ont un cancer, à l'intérieur du délai qui est recommandé de 28 jours. Donc, lorsqu'on mesure notre système de santé de façon objective, on se rend compte que la majorité des gens reçoivent les services à l'intérieur des délais requis.

Et il y a des défis dans notre système de santé — puis je suis certain qu'on va avoir l'occasion d'en parler avec l'opposition — c'est l'accès à un médecin de famille. L'accès à un médecin de famille, souvent, on nous dit: Bien, c'est l'endroit qu'on a le plus de difficultés actuellement. Bien, la bonne nouvelle — puis on va avoir l'occasion d'en parler — avec le nombre de médecins qu'on a admis au cours des dernières années, actuellement, on voit poindre un équilibre dans quelques années.

Entre autres, il y a eu un article la semaine dernière, si des gens ont pu le lire, dans le journal, où, lorsqu'on regardait nos cohortes, il sort plus de médecins que ce qui était prévu. On en a un petit peu plus, également, en médecine de famille que ce qui était prévu, mais, surtout lorsqu'on voit le nombre d'étudiants qui va sortir au cours des prochaines années, on peut penser qu'en spécialité nous allons avoir l'équilibre relativement rapidement, d'ici trois à quatre ans, pour la majorité des spécialités. Et il y a même actuellement, comme le disait Dr Charles Dussault, le président de l'association des médecins résidents... Dr Dussault disait qu'il y a certaines spécialités actuellement qui sont saturées. Et je tiens à le dire: Je suis d'accord avec lui. Il y a certaines spécialités actuellement qu'on va diminuer un petit peu le nombre d'admissions, parce qu'on sait que nous en avons assez, pour augmenter dans d'autres spécialités, pour nous permettre justement d'avoir un équilibre. Et également il va y avoir un déplacement de la spécialité vers la médecine de famille pour atteindre, à l'entrée, un nombre de 50 % de médecins de famille, 50 % de médecins spécialistes, qui va nous permettre, sur une période de trois à cinq ans, d'atteindre également l'équilibre au niveau de la médecine de famille.

M. le Président, ce n'est seulement que l'introduction des types de sujets que nous allons avoir au cours des 20 prochaines heures, et, naturellement, je peux assurer l'opposition de ma collaboration en tant que ministre de la Santé et des Services sociaux, mais également de celle de tout notre ministère et de tous les intervenants qui vont prendre la parole avec moi pour renseigner la population du Québec et l'opposition sur les belles choses que nous faisons dans notre système de santé et de services sociaux. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour ces remarques préliminaires.

Je vais maintenant me tourner du côté de l'opposition officielle et céder la parole à Mme la députée de Taschereau, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Mme la députée de Taschereau, la parole est à vous pour un maximum de 15 minutes.

Mme Agnès Maltais

Mme Maltais: Merci beaucoup, M. le Président. Je tiens à vous saluer, vous qui allez accompagner cette vingtaine d'heures de crédits de santé et services sociaux, l'équipe qui vous accompagne aussi, qui va faire un gros travail. Bienvenue. Je veux saluer le ministre, avec qui nous allons partager ces moments de réflexion sur le système de santé et surtout, surtout sur les crédits budgétaires du ministère de la Santé, parce que c'est là notre travail: vérifier comment on utilise et quels sont les résultats de ces 31 126 000 000 \$ et quelques milliers de dollars du système de santé et des services sociaux.

Il est accompagné de ministres... d'abord de collègues parlementaires, bienvenue — c'est toujours un plaisir de collaborer avec la Commission de la santé et des services sociaux, on a de fructueux échanges, en général — ainsi que de toute l'équipe ministérielle, soit... autant le cabinet que les fonctionnaires — bienvenue tout le monde — les gens des autres organismes associés. Je vois le Dr Poirier qui est ici pour ces crédits. Bienvenue, Dr Poirier. Puisque ce sera peut-être... à ce que j'ai compris, ce seront peut-être ses derniers crédits, alors je tenais à lui passer un petit coup de chapeau.

Cet exercice, il est long, il est parfois difficile. Si je dis «long», c'est qu'il ne consiste pas seulement à ces 20 heures. Je sais que, depuis des semaines, le ministère de la Santé et des Services sociaux prépare ces crédits. C'est un travail assidu, et je tiens à les remercier pour les efforts qu'ils ont fournis pour nous donner les cahiers de crédits les plus ouverts possible, les plus compréhensibles possible. C'est une tâche énorme, gigantesque que de préparer les crédits de la Santé et des Services sociaux. Je veux... Je vais être... Je vais faire mon travail d'opposition, essayer d'en soutirer un maximum d'informations pour le bien de la population. C'est un exercice de reddition de comptes que nous faisons, de compréhension, de meilleur éclairage... que la santé... Mais je veux d'abord, d'entrée de jeu, les remercier pour le travail gigantesque qu'ils ont fourni.

Nous avons devant nous un gouvernement qui est au gouvernement depuis neuf ans maintenant. Cet exercice de reddition de comptes, c'est celui du ministère mais c'est celui aussi du niveau politique. Il y a neuf ans — parce qu'il y a maintenant une rumeur d'élection, les gens parlent beaucoup d'élection en ce moment — il y avait une élection. Cette élection s'est faite sur des engagements. Ces engagements sont gravés dans la mémoire des Québécois et des Québécoises.

J'ai devant moi le communiqué de presse du 27 février 2003, du premier ministre du Québec, du Parti libéral, du chef du Parti libéral, qui s'intitulait *Le Parti libéral du Québec fait de la santé sa priorité numéro 1*: «Nous allons combattre l'attente sous toutes ses formes. Nous allons répondre aux besoins de tous les Québécois, à toute heure du jour ou de la nuit, dans toutes les régions du Québec. C'est notre mission.» Où en est-on rendus aujourd'hui dans l'attente en santé? Le premier ministre ciblait particulièrement les urgences. Il disait: «Afin que les personnes malades quittent l'urgence, nous ouvrirons des lits sur les étages des centres hospitaliers, nous leur trouverons une place dans un CHSLD, nous leur offrirons des soins dans les cliniques médicales, les partenaires du réseau de la santé. Pourquoi? Pour essayer de baisser l'attente sur civière dans les urgences.»

Quel est, neuf ans plus tard, le résultat des travaux du Parti libéral du Québec, représenté par le ministre de la Santé que j'ai devant moi? Eh bien, après neuf ans d'attente... après neuf ans de travail libéral, l'attente a augmenté de une heure. Alors que, quand le Parti libéral a pris le pouvoir, l'attente était de 16,2 heures, elle est de 17,1 heures sur une moyenne annuelle, 17,1. Donc, le premier ministre a rompu sa promesse et nous avons devant nous le ministre de la Santé et des Services sociaux qui, à titre de responsable du Parti libéral, responsable du gouvernement, devait honorer cette promesse. Aucun des ministres de la Santé et des Services sociaux du gouvernement actuel n'a réussi non seulement à honorer cette promesse, non seulement à juguler l'attente, mais elle a augmenté, M. le Président. Elle a augmenté, dans les chiffres que j'ai au 30 mars 2012... 31 mars 2012, de une heure. Voilà le résultat du travail du ministre. C'est important de le dire.

● (12 h 10) ●

Deuxième chose: cet engagement de donner des soins partout sur le territoire québécois — et je me souviens très bien — cet engagement de conserver les urgences ouvertes partout sur le territoire québécois... À l'heure où on se parle ont été fermées... n'ont pas été fermées nécessairement, mais ne donnent plus de services 24 heures sur le territoire québécois des urgences à Saint-Jean-Port-Joli, le Jeffery-Hale, Chauveau, Cloutier-du Rivage à Cap-de-la-Madeleine. C'étaient des urgences qui donnaient des services 24 heures sur 24.

À l'heure où approche le moment des comptes, il faut rappeler ce que signifie un engagement. Un engagement, c'est dire à la population: Voici les travaux que je vais faire et voici le résultat attendu. Or, qu'est-ce qu'une étude de crédits? C'est de vérifier où est-ce qu'on met l'argent et si les résultats attendus ont été livrés. Eh bien, dans ce cas-là, c'est un échec total. Après neuf ans de pouvoir, l'échec est patent, flagrant. Voilà, d'entrée de jeu, ce que je voulais exprimer, M. le Président.

Il y a plusieurs ingrédients dans une réussite, surtout en matière de santé et services sociaux. Un, bien sûr, de la volonté politique. Pas que des paroles, de la volonté qui doit s'exprimer à travers — deuxième élément important — le leadership. Est-ce que le ministre, est-ce que le gouvernement est capable d'entraîner ses troupes et de les amener à réaliser ce qui est l'objectif de tout le monde: améliorer le système de santé et services sociaux, le rendre plus performant, plus efficace, le rendre meilleur pour les soins de santé des... pour les soins des gens?

Troisième chose, bien, c'est les engagements. Prendre des engagements, se donner des dates, des échéanciers et livrer. De ce côté-là, il y a déjà un message qui a été lancé par l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux. Il l'a dit, ça a été répété dans les médias: Je ne donne plus de dates parce que je ne suis pas capable d'y répondre. C'est là l'extrême opposé de ce que je comprends d'un mandat ministériel. L'extrême opposé. Quand tu dis que tu ne veux plus exprimer une date parce que tu ne veux plus... parce que tu sais que tu ne seras pas capable de livrer, ça veut dire que tu n'es pas en contrôle non seulement de ton ministère, du système de santé et services sociaux, ça veut dire que tu n'es pas capable d'entraîner tes troupes, tu n'es pas capable de les amener à s'engager avec toi. Cette remarque-là, je veux la ramener parce que nous, on va parler et on va demander des dates, des échéanciers, des rapports. Je le fais en toute bonne foi. Je le dis toujours, parce qu'on essaie de donner la meilleure image possible de ces 31 126 000 000 \$ que des Québécois et Québécoises mettent dans la santé... en santé et services sociaux.

Ce matin, dans les urgences du Québec, quelle était la situation? À l'Institut de cardiologie de Québec, c'était 250 % de taux d'occupation. Ce n'est plus le double, là. Ça ne veut pas dire qu'il y a des gens qui travaillent dans un espace confiné de double, c'est deux fois et demie. C'est de la médecine de brousse, c'est de la médecine de corridor, c'est comme ça que c'est qualifié actuellement. Il n'y a pas eu amélioration depuis l'arrivée du gouvernement libéral; il y a eu détérioration de la situation. La norme de 200 % qui a... Au début, on en parlait un peu, M. le Président, c'était l'entrée... C'était pour moi épouvantable, 200 %. Écoutez bien: 200 %, c'est dépassé. C'est hier — c'est ça? — à l'Hôpital général du Lakeshore,

à l'Hôpital général de Montréal, à St. Mary's, à Joliette, au CSSS Saint-Laurent et à Pierre-Le Gardeur, où ça atteignait 236 %, en plus de l'institut de cardio. C'est ça, la situation. Il y a même des... Puis j'en passe, là, 195 % à Gatineau, à Pierre-De Saurel, 194 %.

Ces chiffres, là, qu'est-ce qu'ils signifient? Ils signifient qu'actuellement il y a du personnel qui se débat dans des conditions que nous voulons tous voir disparaître, que nous voulons toutes voir disparaître. Nous ne voulons plus qu'ils travaillent dans ces conditions. Pourquoi? Parce que nous ne voulons pas que des gens se retrouvent en danger, dans des situations d'insécurité, que des travailleurs puissent faire des fautes professionnelles parce qu'ils sont sous pression. Ça craque. Le gouvernement avait fait un engagement il y a neuf ans. Cet engagement, c'était de régler cette situation. Cette promesse, cet engagement, il est rompu. Alors voilà, M. le Président, la première chose que je voulais amener sur le tapis ce matin.

La deuxième chose, simplement, avant d'ouvrir le débat plus pointu, plus précis sur les budgets du ministère de la Santé et des Services sociaux, je rappellerais, M. le Président, que nous avons déjà eu une étude du quart des crédits — ce qu'on appelle le quart des crédits ici, dans le salon bleu — à l'époque, et que nous avons questionné le ministre sur certains engagements budgétaires, sur certains engagements aussi qu'il avait faits dans le passé, et le ministre s'était engagé à nous livrer des documents. C'était... On l'avait questionné sur les mesures qu'il avait annoncées de 738 millions, sur trois ans, de réduction des dépenses, et il nous avait dit: Oui, cette année, j'ai atteint un chiffre... Je crois que c'est à peu près 200 millions qu'il avait dit, 200, 230 millions? On avait parlé du médicament qui... de meilleur prix du médicament. Mais, à côté de ça, on nous avait dit: Il y a eu des modifications au changement de convention comptable, et on avait demandé d'avoir des chiffres. Quand on voit l'appareil étatique que j'ai devant moi, je pense qu'il y a assez de monde pour être capables de livrer des documents comme ça. Ça fait maintenant deux semaines, alors je pense que, M. le Président, je serais en... je suis en devoir et, je crois, en droit de demander que ces documents soient livrés avant même que nous ouvrons le débat. Après tout, je pense que tout le monde s'entend pour avoir le meilleur éclairage possible. Ce serait bien que tous mes collègues aussi aient accès à ces documents qui nous avaient été promis. Voilà ce qui met fin, M. le Président, à mes remarques préliminaires.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau, pour ces remarques préliminaires.

Discussion générale

Nous allons maintenant commencer avec une première intervention de l'opposition officielle. Mme la députée de Taschereau, on va fonctionner avec un bloc de 20 minutes. La parole est à vous.

Mme Maltais: Oui, M. le Président. Bien, la première chose que j'aimerais savoir, j'aimerais avoir une réponse à la question que je viens de poser. Est-ce qu'on va avoir les documents qui avaient été demandés?

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

M. Bolduc: Oui, M. le Président, on va les déposer immédiatement.

Document déposé

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Merci. Alors, le document est déposé. On va faire quelques copies, Mme la députée de Taschereau, on va les circuler aux membres de la commission. Ça va prendre quelques secondes.

Mme Maltais: Parfait. On peut continuer.

Le Président (M. Sklavounos): On peut poursuivre, si vous voulez.

Mme Maltais: Oui, parfait.

Le Président (M. Sklavounos): À vous.

Mme Maltais: Alors, le 29 mars dernier, le ministre des Finances du Canada, M. Flaherty, a déposé à la Chambre des communes le budget 2012-2013 du gouvernement fédéral. Côté santé, le budget fédéral confirme, tel qu'annoncé à Victoria en décembre dernier, que des mesures législatives seront déposées au cours des prochaines années pour modifier les modalités du Transfert canadien en matière de santé.

Il faut se rappeler que le Transfert canadien en matière de santé, c'était, au début, que le gouvernement fédéral finançait 50 % des coûts de la santé au Québec. 50 % des coûts de la santé étaient financés par le fédéral. Celui-ci s'est désengagé lentement. Ça a, à chaque fois, été très difficile. Il continue à le faire avec la nouvelle formule de croissance qui va être liée au PIB nominal maintenant, conjuguée à la répartition du transfert uniquement sur une base par habitant. Nous sommes devenus une province comme les autres; nous ne sommes plus une autre nation. Conjuguée... Voilà. Ça va se traduire pour le Québec par un manque à gagner de près 9,4 milliards de dollars entre 2014 et 2024. Mais donc ça va commencer en 2014. Dans l'année 2014-2015, ça va être 178 millions de dollars qui manqueront dans les coffres de l'État québécois pour financer le réseau de la santé et services sociaux. Alors, Québécois, Québécoises, c'est vous, maintenant, qui allez assumer seuls ce 178 millions supplémentaire.

2014-2015, contrairement à ce qu'a laissé penser le ministre lors de cette étude du quart des crédits, c'est à nos portes. C'est dans deux ans. Pour réussir à amener du financement en 2014-2015, il faut donc, pour 2013-2014, pour l'an prochain, déjà préparer, préparer les choses. On sait que, l'an prochain, 2013-2014, il y a 430 millions de dollars qui vont être amenés par la compensation fédérale de l'harmonisation pour la TPS et TVQ mais qui ne se retrouveront pas les années d'ensuite. Ça va être terminé. Ce 430 millions de dollars, il vient du 500 millions qui devait être allé... que le gouvernement voulait aller chercher dans la poche des usagers avec un ticket modérateur. Heureusement, on a réussi à lui faire abandonner.

Donc, c'est 430 millions de dollars qui vont manquer dans les finances publiques, plus 178 millions de dollars. La dernière fois, le ministre a dit: C'est loin, j'ai le temps d'y penser. J'aimerais savoir si, en deux semaines, il considère que... Est-ce qu'il va... Comment il va travailler? Quel est son échéancier? Comment il pense aller résorber ce trou de 608 millions de dollars qui apparaîtra très bientôt dans l'État québécois? 608 millions de dollars, là, c'est de l'argent au Québec.

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

● (12 h 20) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bon, je vais juste entériner ce que la députée a dit. Par rapport à la décision du fédéral, il a été clair que notre gouvernement n'a pas été du tout d'accord avec la façon dont ça s'est fait. Ça s'est fait de façon unilatérale et ça a été décrié autant par les ministres des Finances, dont le ministre des Finances du Québec, que par les ministres de la Santé. Donc, sur la façon dont ça s'est fait, nous ne sommes absolument pas d'accord parce qu'on aurait dû s'asseoir et avoir des négociations.

Par contre, d'ici 2013-2014, on a quand même une augmentation, à chaque année, du 6 % du transfert fédéral. Et, encore là, comme le dit souvent le premier ministre, au début, lorsque ça a été mis en place, le système, le fédéral finançait 50 %, alors qu'actuellement il ne finance que 20 %. Et ça encore, c'est quelque chose qui devrait être réajusté. Ce sont des discussions que nous devons avoir avec le fédéral là-dessus. Malgré que le fédéral semble avoir fermé la porte, nous, nous pensons qu'il reste encore de la place à la discussion sur la manière dont ça s'est fait et puis également sur le résultat final.

Une fois qu'on a dit ça, tous les économistes, tous les pays ont un même objectif: avoir un coût de croissance en santé qui est équivalent au coût de croissance de l'économie, donc du produit intérieur brut nominal. Produit intérieur brut nominal, c'est le produit intérieur brut, en gros, plus l'inflation, donc qu'on dit à généralement autour de 4 %. Donc, si on était capables de maintenir les coûts et la croissance des coûts de santé à 4 %, on pourrait avoir un système de santé qui serait viable avec une pérennité sur 20, 30 ou 40 ans. C'est important de comprendre ça, parce que la plupart des pays au monde actuellement, leur grand défi, c'est l'augmentation des coûts de santé qui fait qu'ils sont obligés de couper dans d'autres services ou encore couper dans les services de santé et des services sociaux pour pouvoir avoir un système public qui continue de vivre.

Au Québec, la bonne nouvelle, c'est qu'avec le 6 % que le fédéral nous donne et ce que le ministre des Finances nous a garanti, c'est-à-dire, sur un certain nombre d'années, une croissance moyenne de 5 %, bien, le système de santé du Québec est bien positionné et le système de santé du Québec est en contrôle de ses coûts. L'année dernière, lorsqu'on fait des calculs, puis il va y avoir différentes façons qu'on peut le faire, on va être à l'intérieur du 5 %, ce qui est une bonne nouvelle. Parce que, pour les Québécois, on a donné les services qu'il fallait, on a eu du développement dans nos services, dont, entre autres, en chirurgie, au niveau des soins à domicile pour les personnes âgées, et nous avons été capables de garder la croissance des coûts à l'intérieur du 5 %. Donc, pour le système de santé du Québec, il n'y a pas de grandes coupures comme on a vécu à l'époque.

Maintenant, on est en période de croissance raisonnable et on veut se ramener, comme ça a été plusieurs fois discuté, à une croissance des coûts de santé au même niveau que la croissance économique, ce qui permettrait de stabiliser la base budgétaire de la santé et également de préserver les services.

Une fois que nous avons dit ça, maintenant, on sait que l'année prochaine, dans deux ans, c'est toujours les mêmes défis. Là, on a eu un retour sur la TPS, l'harmonisation, qui nous a permis de faire un ajustement. L'année prochaine, ça va être une autre année, on va le regarder. Mais ce que l'on sait, c'est qu'au Québec on a utilisé une autre stratégie également, c'est l'amélioration de la performance avec les projets «lean» qu'on fait dans tous les établissements de santé actuellement, qui donnent des excellents résultats.

Donc, en plus d'avoir le projet d'avoir la croissance de 5 % annualisée, actuellement on va chercher probablement un petit pourcentage qui nous permet d'améliorer la performance du système, parce que, tout simplement, on ne fait pas juste rajouter de l'argent, on améliore la productivité du système de santé, on améliore la qualité puis on améliore la sécurité, justement, par des stratégies, comme avec les projets «lean» qui sont reconnus actuellement, tant aux États-Unis, dans les autres provinces, qu'en Europe, comme étant la meilleure façon d'améliorer la productivité du système de santé.

Ça fait que, pour répondre directement à la question de la députée de Taschereau, comme de fait, quand on va arriver dans deux ans, on regardera, à ce moment-là, la façon d'aller chercher le montant qui doit être un montant résiduel. Mais moi, j'ai très confiance qu'avec la productivité que nous avons, la croissance de 5 % qui est déjà annoncée, on va être capables d'avoir, à ce moment-là, l'argent nécessaire pour faire fonctionner notre système de santé.

Mais le plus important, c'est le message, c'est que nous sommes en contrôle des coûts, nous avons un système de santé qui fonctionne assez bien, même, je vous dirais, très bien, et on n'entrevoit pas dans les cinq, 10, 15 prochaines années des problèmes de faire des coupures parce qu'on va manquer d'argent. On va avoir l'argent nécessaire pour faire fonctionner le système de santé au Québec.

Et, encore là, une très bonne nouvelle: nous sommes une des seules places au monde qui est capable de dire qu'elle peut avoir une pérennité de système pour les 20 prochaines années à cause de notre stratégie de croissance par

rapport à l'économie et également d'amélioration de la productivité avec des projets «lean» généralisés dans tous les établissements de santé.

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

Mme Maltais: Le ministre vient de nous dire qu'il a bon espoir d'aller chercher, en gains de productivité, ses 608 millions de dollars là. Or, en gains de productivité, il est déjà... il a déjà pour 270 millions de dollars de mesures, comme cible, qui, jusqu'ici... il est allé en chercher 27 millions. Il en reste donc 250 à peu près. Donc, le ministre confirme que, dans deux ans, il devra aller chercher 850 millions de dollars et qu'il veut aller le chercher par des gains d'efficacité et de productivité. C'est ce que je viens de comprendre?

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

M. Bolduc: M. le Président, j'ai dit: Partiellement, on va aller le chercher avec des gains de productivité. Mais, entre-temps, le gouvernement va prendre les décisions. Pour la différence du montant, on va trouver la façon de le mettre au niveau du budget, et ça, ça va être des discussions qu'on va avoir avec le ministère des Finances. À chaque année, on prévoit qu'est-ce qui va arriver l'année suivante et on prévoit également des possibilités pour l'autre année après. Mais on n'est pas obligés de les dire à chaque fois, parce c'est des discussions qu'on va avoir avec le ministère des Finances. Donc, ça va être deux parties. Une partie de productivité, puis une partie, également, que, oui, on va regarder avec le ministère des Finances comment on peut avoir le financement suffisant pour avoir cette croissance de 5 %.

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

Mme Maltais: Il y a deux ans pourtant, le ministre des Finances s'est senti obligé de bien dire qu'il allait aller chercher une taxe santé qu'il a mise en place, qui coûte... qui va coûter, dès l'année prochaine, 200 \$. Là, c'est 100 \$, à la ligne... je pense que c'est... en tout cas, peu importe le numéro de la ligne, mais il y a une ligne où ça coûte 100 \$ aux Québécois. L'année prochaine, c'est 200 \$. Ça va rapporter 1 milliard de dollars. Et ensuite il avait dit, ça avait été évoqué, un ticket modérateur. Ça, on a réussi à le faire reculer.

Si je comprends bien, c'est que le gouvernement a décidé qu'il n'avait plus à annoncer ses intentions parce que ça fait trop mal, mais qu'il va aller chercher, il ne le sait pas encore, on ne le sait pas comment, ces 850 millions. Il vient de me parler de possibilité, en partie, d'efficacité, mais ça, c'était déjà annoncé, alors qu'on a une impasse d'environ 850 millions de dollars dans deux ans.

Autrement, le ministre, au début, a laissé miroiter un espoir de bataille avec le fédéral. Quel est le plan de match? Qui est le porteur de cette bataille? Comment allez-vous faire reculer le fédéral? Vous engagez-vous à faire reculer le fédéral? Sinon, c'est le réseau qui va porter ce 850 millions de dollars là. Avez-vous... Véritablement, vous engagez-vous à aller faire la bataille au fédéral et de quelle manière? Comment ça va se faire?

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

M. Bolduc: M. le Président, il y a un comité qui a été mis en place au niveau des premiers ministres du Canada puis des ministres de la Santé pour, justement, qu'on regarde, dans un premier temps, comment améliorer la performance du réseau de la santé à l'intérieur de chacune de province.

Et, deuxièmement, au niveau des ministres... des premiers ministres, il y a des discussions par rapport à la stratégie à faire pour justement discuter avec le fédéral par rapport au financement de la santé. Ça fait qu'on va laisser aux premiers ministres des provinces de faire cette discussion.

Par contre, l'alternative que j'ai comprise, du côté du Parti québécois, quand ils parlent de la contribution santé, eux parlent de l'abolir. Ça fait qu'eux autres aussi il va falloir qu'ils nous disent où ils vont aller chercher l'argent, et probablement que ce n'est toujours que par des augmentations d'impôt, alors que, nous autres, on a réussi à baisser les impôts des Québécois, on a réussi à trouver une façon équilibrée de financer le système de santé. Et la situation du Parti québécois serait encore plus difficile, parce que probablement qu'on remarquerait encore dans un système de coupures. Mais, présentement, le Parti libéral, ce qu'il a réussi, c'est d'avoir un système de santé qui est viable, avec une pérennité et avec une croissance des coûts qui est tout à fait raisonnable.

Donc, je pense, c'est un grand succès pour le Québec qui... Je tiens à le répéter, nous sommes un des seuls endroits au monde où on peut dire que notre système peut avoir une pérennité sur les 10, 15 ou 20 prochaines années.

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

Mme Maltais: M. le Président, nous avons été clairs. Nous avons expliqué exactement comment nous allons abolir l'injuste, l'inéquitable, l'intolérable taxe santé libérale. Et on va le faire, oui, en taxant les personnes les plus riches qui gagnent au-delà de 125 000 \$ et 250 000 \$, je vous le répète avec plaisir. Classe moyenne, on va vous soulager, vous libérer de cette taxe injuste, inéquitable qui appartient à la réflexion libérale, à la pensée du gouvernement actuel qui pense qu'on est mieux de taxer la classe moyenne que de taxer les plus riches. Nous, on pense comme Warren Buffett, qui est un homme qui est milliardaire, qui a dit: Il est temps que les plus riches donnent à la cagnotte. Oui, on va libérer la classe moyenne, ça me fait plaisir de vous le répéter, M. le ministre.

Une petite chose. Nous avons reçu, M. le Président, un premier document sur l'état de situation sur la partie de l'optimisation qu'on est allés chercher, sur les 224 millions qu'on est allés chercher sur les 730 prévus. Maintenant, il y avait un autre document qu'on avait demandé, qui était la différence entre le 3,6 % et le 5 %. Alors, est-ce qu'on peut avoir ce document? Est-ce qu'il va falloir soutirer chaque information comme ça à chaque fois qu'on a besoin d'une information qui nous a été promise, M. le Président?

● (12 h 30) ●

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

M. Bolduc: M. le Président, avant même que la députée pose la question, j'avais le document dans ma main droite et je vais le déposer.

Document déposé

Le Président (M. Sklavounos): Le document est déposé, et je vais demander à Mme la page de faire quelques copies pour les membres de la commission, s'il vous plaît. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. M. le Président, puisqu'on parle de la taxe santé qui a été créée et qui fournit le FINESSS, le fonds d'initiative en... pour les établissements de santé et services sociaux, le ministre sait très bien que le FINESSS était dédié aux établissements de santé et de services sociaux. Est-ce que tout le FINESSS va, tel qu'il est prévu, tel que la loi le veut, aux établissements de santé et de services sociaux?

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

M. Bolduc: M. le président, le FINESSS est allé dans tout ce qui est développement de services, et la grande partie, c'est dans les établissements de santé. Mais également, si on veut avoir une approche équilibrée au niveau du développement des ressources, il y en a une partie qui a servi également, qui n'était pas gérée par les établissements de santé, au développement des groupes de médecine de famille, parce qu'on pense qu'au Québec la première ligne, c'est très important, et l'utilisation du FINESSS était pour développer des nouveaux services. Et ce que nous allons déposer, nous allons déposer des amendements à la loi déposée par le ministre des Finances pour s'assurer qu'on ne soit pas encarcânés dans un développement seulement que de certains services, mais d'avoir une vision équilibrée du développement des services au Québec dont, entre autres, de la première ligne.

J'ai hâte d'entendre, voir la députée de Taschereau, voir si elle est contre le développement des groupes de médecine de famille puis le développement de la première ligne, parce qu'il y a également le développement des services aux personnes âgées à domicile. Parce que le FINESSS a été prévu pour développer des services, et, je tiens à le dire, la grande majorité a été faite au niveau des établissements de santé. Mais ce qu'on vise, ce n'est pas juste de garder les patients à l'hôpital, on veut les avoir dans la communauté, d'où cet ajustement qu'on a dû faire au niveau du FINESSS puis qui va être, par la suite, je vous dirais, mis dans la loi pour s'assurer qu'on utilise au mieux les finances du FINESSS. Entre autres, il y avait de l'argent au niveau des organismes communautaires également.

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

Mme Maltais: M. le Président, ce n'est pas anodin, le débat qu'on a là, là. Ce n'est pas seulement un débat légaliste, parce que le ministre est dans l'illégalité, mais c'est aussi pour voir si on n'a pas taxé indûment la classe moyenne avec la taxe santé pour financer non pas des initiatives, mais du maintien du réseau de la santé et services sociaux.

L'article 11.5 de la loi stipule que «les sommes prises sur les fonds sont versées aux établissements». Aux établissements. Si le ministre veut le verser ailleurs, moi, je n'ai pas de problème, mais je veux qu'il nous dise... D'abord, est-ce qu'il va déposer une loi rétroactive? Parce que, là, il y a un problème. Lui-même dit qu'il a besoin de modifications à la loi. Alors, est-ce que la loi va être rétroactive? Parce qu'il n'a pas le droit de faire ce qu'il fait. Et, deuxièmement, quels sont les nouveaux pouvoirs dont il veut se doter?

Croyez-moi, quand je parle au gouvernement libéral, j'ai tendance à être méfiante quand j'entends parler de nouveaux pouvoirs de taxation, M. le Président.

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

M. Bolduc: M. le Président, ce n'est pas de nouveaux pouvoirs de taxation, c'est d'utiliser l'argent disponible pour créer des nouveaux services, mais les créer à la bonne place, dont, entre autres, au niveau des groupes de médecine de famille, les infirmières praticiennes spécialisées que nous avons mises en place, les organismes communautaires qui vont donner des nouveaux services. Et les services, par la suite... Quand vous regardez la façon de fonctionner du FINESSS, lorsqu'un nouveau service est donné, par la suite, il y a une récurrence de l'argent qui est donné à partir du FINESSS pour ce service, avec la croissance des besoins.

Donc, c'est tout simplement une logique de donner l'argent au meilleur endroit, et j'espère que la députée de Taschereau ne sera pas encarcânée dans une idéologie de dire qu'il faut que je mette absolument l'argent juste dans l'hôpital, alors que les besoins de société sont dans les infirmières praticiennes spécialisées... qui a été salué par tous les intervenants, au niveau des groupes de médecine de famille, qu'on est rendus à plus de 236 groupes de médecins

de famille au Québec, qui est un exploit pour le Québec. Je tiens à rappeler que notre objectif, c'était 300 — quand le Parti québécois était au pouvoir, on en avait à peu près une dizaine — et également le développement au niveau des organismes communautaires qu'on veut soutenir.

Donc, pour nous, là, c'est bien important, c'est une méthode de façon à équilibrer l'offre de soins pour y aller non pas dans une logique comptable, mais dans une logique de service, et, oui, il va y avoir des ajustements qui vont être faits au niveau de la loi, qui vont nous permettre de rendre adéquate l'offre de service qu'on veut mettre en place au Québec, qui est une offre de service vraiment orientée sur les soins aux patients et non pas orientée sur les structures d'établissement.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, il reste 45 secondes pour un dernier commentaire. Ça va? Alors, je vais aller du côté du gouvernement, des députés ministériels, et je crois que je vais céder la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine qui est également l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député des Îles, la parole est à vous.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. D'abord, permettez-moi de saluer le ministre, son équipe, les gens du ministère, M. Cotton, toute votre équipe, mes collègues députés ministériels et la députée de Taschereau, évidemment saluer toutes les personnes qui... notre collègue aussi de Québec solidaire, de Mercier, et également l'ensemble des personnes qui nous écoutent aujourd'hui pour cet important exercice de l'étude des crédits budgétaires.

J'aimerais revenir sur le sujet de la contribution santé. C'est un sujet extrêmement important, qui vise évidemment le rehaussement et l'amélioration de différents volets du système de santé, et je pense que c'est important d'en parler. Et on sait, M. le Président, que la santé et l'éducation, c'est les deux grands programmes du gouvernement du Québec. Ce sont d'ailleurs les deux plus importants postes budgétaires de l'ensemble des crédits budgétaires. Et, pour ce qui est de notre système de santé, je pense que c'est un système qui fait l'envie de plusieurs pays.

Et, dernièrement, j'ai eu l'opportunité d'avoir un entretien privé avec M. Michel Thentz, qui est ministre de la Santé du canton de Jura, en Suisse, et il me disait comment il appréciait notre système et comment notre système de santé et de services sociaux pouvait être intéressant avec son intégration sociale, la santé, son continuum de services du domicile jusqu'au CHSLD ou encore aux soins surspécialisés, de la prévention, du curatif, et comment notre gamme de services est offerte à l'ensemble de la population québécoise.

Et, par ailleurs, le système de santé a besoin, a besoin de nouveaux financements, un financement adéquat pour justement faire face à nos obligations puis de préserver la qualité des services qui sont offerts actuellement. Et la contribution santé fut l'un des moyens pour préserver ces services-là et de rehausser certains secteurs de notre système de santé.

Alors, ma question que j'adresse au ministre, j'aimerais ça qu'il revienne là-dessus, sur la contribution santé, dans le fond, les objectifs. Quels sont les principaux volets sur lesquels on s'est attaqués pour améliorer les services et vraiment dans quel objectif cette contribution santé fut-elle mise en place?

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

● (12 h 40) ●

M. Bolduc: Oui, merci pour la question. Dans un premier temps, la contribution santé a été basée sur un autre programme, qui avait été mis en place par le Parti québécois à l'époque, au niveau de l'équité. Ça a été l'assurance médicaments. Tous reconnaissent que l'assurance médicaments est un bon programme. On est d'ailleurs la seule province au Canada à avoir un programme d'assurance médicaments qui permet de dire qu'ici, au Québec, il y a une accessibilité qui est très raisonnable au niveau des médicaments, pas juste pour les gens qui ont la capacité à payer, mais pour tous les citoyens du Québec.

Et, lorsqu'a été mise en place l'assurance médicaments, il a été décidé de prendre un certain groupe, les gens qui n'avaient pas les moyens, de les dispenser d'avoir une cotisation. Et ceux qui avaient les moyens, à partir d'un certain niveau de... un montant salarial et selon également la question du nombre d'enfants, s'ils étaient en famille ou pas, la contribution était ajustée en fonction de ça, mais c'était la même contribution pour tous les Québécois. Et c'était une façon équitable, parce que c'est tous les citoyens qui sont appelés à utiliser des médicaments selon leur condition de santé, mais, ce qui est important, c'est de la rendre accessible à tout le monde.

Et, à ce moment-là également, il y avait... quand le Parti québécois l'a mise en place... et les gens avaient un copainement que, nous autres, lorsqu'on a fait notre politique du médicament, il y a des gens qui ont été un peu plus... des gens qui n'avaient pas les moyens qui ont été exclus. Ça fait que, lorsqu'on a regardé la contribution santé, c'est que l'objectif, c'est-à-dire le gouvernement, via les taxes et impôts, peut fournir une croissance de 3,4 %. L'autre 1,6 %, c'est des nouveaux services qu'on va développer, au même titre que l'assurance médicaments est un nouveau service. On a décidé de prendre ce modèle-là pour y aller avec une contribution santé fixe, graduelle sur trois ans, de façon à ce qu'on soit capables d'aller chercher le montant nécessaire pour nous permettre de développer des nouveaux services. C'est la base du raisonnement qu'on a au niveau de la contribution santé, qui nous permet comme gouvernement de dire qu'il y a une équité dans la façon d'aller chercher l'argent puis d'aller chercher la contribution des gens.

Également, ça permet à des gens de voir qu'il y a un montant qui est dédié à la santé et c'est un montant qui ne peut pas être utilisé à d'autres fins que celle de la santé. Et c'est des services qu'on s'est donnés au cours des deux dernières années, qui... sans la contribution santé, on n'aurait pas pu se les payer. La réalité, c'est celle-là. Si on avait... L'objectif, c'était de rendre le système viable et un système qui était finançable selon une équité.

Bon, la question qui revient toujours: Est-ce que ça aurait dû être mis en fonction de la progression des revenus? Ça aurait été tout simplement de rajouter ça sur les impôts. La solution du Parti québécois, c'est juste de faire

payer ceux... les quelques pourcentages de gens qui ont plus d'argent mais de les taxer fortement. Notre décision à nous autres, ça a été d'y aller sur le principe que le Parti québécois, à l'époque, trouvait très équitable, sur le principe de l'assurance médicaments, parce que ce sont des nouveaux services qu'on se donnait, et ces services-là étaient essentiels pour la population.

C'est un choix, mais notre choix, à la fin, ça a été, comme gouvernement, de donner des services. Puis je rappellerai là-dessus que le Parti québécois, sa solution, c'est d'en arriver à dire que, quand ils n'ont pas l'argent, il va falloir qu'ils nous disent comment est-ce qu'ils vont chercher de l'argent pour être capables de financer le réseau de la santé pour les prochaines années avec une croissance qu'on estime entre 4 % et 5 %. Mais ce que l'on sait, c'est qu'ils veulent abolir pour aller chercher un montant encore plus grand au niveau des personnes qui ont certains revenus. Mais il y a une capacité à payer de ces gens là qui, à un moment donné, pourrait être aussi limitée.

Donc, l'objectif de la contribution santé a été définitivement de mettre en place une nouvelle façon de financer le réseau de la santé, de protéger ce financement et de permettre de développer des nouveaux services dans lesquels la population avait vraiment besoin.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, Je vais retourner la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci. Et ce qu'on peut ajouter, M. le Président, par rapport à cette contribution santé, c'est que les ménages à faibles revenus sont exemptés de la contribution santé. Et, quand on pense, comme le ministre le dit, le ministre de la Santé et des Services sociaux, qu'à partir de ces nouveaux revenus on investit au niveau des services aux personnes âgées, on investit dans les groupes de médecine de famille, les infirmières spécialisées, en chirurgie, en oncologie, je pense que ce sont des choix judicieux, et la décision du gouvernement a été réfléchie. Je pense qu'effectivement c'est l'ensemble de la population et la société québécoise qui bénéficient de cette décision-là.

Maintenant, j'aimerais aborder le domaine de la santé publique. Il s'agit d'un des volets de notre système de santé, un volet qui est d'une très grande importance. Et, avant d'aborder les sujets plus spécifiques en santé publique, j'aimerais entendre le ministre ou encore le sous-ministre à la santé publique sur la toile de fond qui soutient les différents services de santé publique, et je parle ici de l'approche populationnelle. Parce qu'on a instauré ça, nous, du gouvernement libéral, une approche qui s'étend à travers le réseau des 95 centres de santé et de services sociaux, et qui touche l'ensemble de la population, et qui vise particulièrement les déterminants de la santé: la biologie humaine, l'environnement, les saines habitudes de vie, les systèmes de soins également.

Et ma question sera la suivante, M. le Président: Est-ce que M. le ministre ou le directeur de santé publique pourraient nous expliquer quels sont les grands concepts qui soutiennent cette approche populationnelle là et comment cette approche-là est actualisée à l'intérieur de notre système de santé?

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

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais au Dr Alain Poirier, directeur de santé publique de répondre.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, parfait, M. le ministre. Alors, pour que le Dr Poirier prenne la parole, on a besoin du consentement des membres pour que le Dr Alain Poirier prenne la parole. On va lui demander, malgré le fait qu'il est très connu, de bien vouloir s'identifier pour les fins de notre enregistrement et diffusion des débats, et la parole sera à lui.

M. Poirier (Alain): M. le Président, Alain Poirier, sous-ministre adjoint à la santé publique, directeur national de santé publique. C'est une question fort importante et très large, mais, évidemment, il faut comprendre que ce dont on voit le plus et on entend le plus parler, c'est lorsqu'il y a des problèmes avérés de santé et les conséquences au ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'approche populationnelle, elle, veut élargir, a toujours voulu élargir — ou appelons-la l'approche de santé publique — cette philosophie au fait qu'en amont de la salle d'urgence, pour caricaturer, il y a évidemment beaucoup d'actions qui sont portées dans d'autres secteurs et par d'autres ministères. On parle notamment, au niveau national, des politiques publiques favorables à la santé, où ces politiques publiques, évidemment, ne viennent pas déresponsabiliser le citoyen des choix qu'il peut prendre lui-même, mais facilitent un environnement favorable à des choix santé.

Alors, évidemment, à certains égards, la fonction nationale de santé publique doit être portée, au niveau du Conseil des ministres, par tous les ministres. On pense aux Transports, on pense à l'Éducation, on pense au MAPAQ, Loisirs et Sports. Bref, les autres responsabilités, les autres secteurs, quand on descend au niveau régional et local, peuvent... non seulement peuvent, mais contribuent de façon importante à l'amélioration de la santé des Québécois.

On a tout à l'heure évoqué l'espérance de vie en bonne santé des Québécois. Un exemple que je me plais souvent à utiliser et qui a été nommé dans le premier rapport du directeur national, c'était de dire qu'entre 1900 et 2000, sur l'augmentation d'une trentaine d'années de l'espérance de vie, il y en avait huit qui venaient de nos services de santé. Ça veut dire que la contribution, pour le reste, c'est l'amélioration de la qualité de vie des citoyens qui nous vient de l'eau, de l'air, du sol, de l'alimentation, du logement qui sont aussi des secteurs sur lesquels le gouvernement a une grande influence.

Donc, le travail du ministre et du ministère, c'est, bien sûr, de contrôler, de travailler, donner de la cohérence, des objectifs, des investissements et des services aux gens malades, mais aussi d'être un leader auprès des autres partenaires gouvernementaux et hors gouvernementaux. Il faut le dire, évidemment, tout ne se décide pas ici, à Québec. On a plusieurs exemples qui le démontrent sur le plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie, adopté en 2006, que le gouvernement avait financé avec un partenaire comme la fondation Chagnon, bien, il y a 48 millions de dollars qui vont à

des partenaires locaux. On est rendus à près de 160 projets dans les communautés locales, principalement des communautés défavorisées. On a 26 projets à l'échelle des régions. Même s'il n'y a pas 26 régions, il y a certaines régions qui ont plus qu'un projet. On parle de 18 projets nationaux avec des partenaires comme Vélo Québec et une trentaine d'autres partenaires qui ont des projets plus spécifiques. Bref, il faut, pour mobiliser à l'échelle gouvernementale, les autres ministères sur leur capacité d'influencer les politiques publiques, mais il faut aussi travailler avec toute une série d'autres acteurs aux niveaux municipal, scolaire et autres, à quelque niveau qu'on soit. C'est ça, une approche populationnelle.

Au niveau des CSSS, dans notre réseau, CSSS des agences, évidemment, le même leadership qu'il faut effectuer au niveau national auprès des autres secteurs doit être opéré aussi. Si on pense au niveau régional, auprès de la CRE, auprès de la commission administrative régionale, toute une série de partenaires. Et les CSSS, au niveau local, doivent travailler auprès des villes, auprès des commissions scolaires, des écoles pour faire aussi ce travail. Influencer des décideurs, ce ne sont pas que des ministres, c'est, à toutes sortes d'autres échelons, un travail très important. L'un ne peut pas aller sans l'autre.

Alors, on a un programme national qui est construit avec plus de 200 partenaires, très peu du ministère, mais des gens du local, qui vient donner la structure verticale entre le programme national, plan d'action régional, plans d'action locaux. Mais le dynamisme, sur le plan horizontal, avec toute une série de partenaires pour sortir... se servir du leadership des gens de la santé, mais sortir du secteur de la santé, est fondamental si on veut rejoindre la population, améliorer sa santé et empêcher qu'évidemment l'ampleur et la pression qui nous vient des maladies chroniques arrivent.

Ceci dit, avec le vieillissement de la pyramide de la population, nous aurons une pression, nous savons que nous aurons une pression, parce que le principal déterminant de la maladie, c'est l'âge. Mais, au-delà de ça, à chaque cohorte de 65 ans et plus et de 75 ans et plus, la santé de nos aînés s'améliore. Elle s'améliore grâce à des actions en amont, toute une série d'interventions, mais elle ne s'améliore pas suffisamment pour empêcher le volume d'activité. Alors, les deux ensemble vont nous aider à mieux servir les concitoyens du Québec, s'assurer qu'ils arrivent au troisième âge en bonne santé et, bien sûr, offrir les services lorsque nécessaire. Je m'excuse, M. le Président, j'ai été trop long, mais c'est ça qu'il y a derrière la longue approche... description d'une approche populationnelle à tous les niveaux de notre système et du Québec.

● (12 h 50) ●

Le Président (M. Sklavounos): Vous n'avez pas à vous excuser, Dr Poirier, c'est le temps qui a été nécessaire pour répondre à la question. M. le député des Îles.

M. Chevarie: Merci. Toujours dans cette approche populationnelle, on sait que les CSSS à travers la province sont des acteurs clés, et ils avaient entre autres le mandat d'établir les bilans de santé de population et, par après, élaborer et mettre en place des projets cliniques qui interpellent différents partenaires du milieu, bien entendu. J'aimerais savoir du Dr Poirier: Est-ce que les CSSS ont été réceptifs à cette approche-là? Et est-ce qu'ils ont collaboré dans le sens qu'on le souhaitait avec les bilans populationnels, les projets cliniques et les plans d'intervention pour les populations des territoires qu'ils ont à desservir?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. Sur le même consentement, Dr Poirier. Allez-y, Dr Poirier.

M. Poirier (Alain): Écoutez, derrière l'approche populationnelle, il y a quelques ingrédients que j'ai décrits, mais ce qui est aussi fondamental pour mobiliser divers intervenants... Donc, ce n'est pas la responsabilité première en termes de responsabilité de service, on s'entend, de santé, de connaître l'ampleur des problèmes. Donc, ce portrait de santé est fondamental. La Loi de santé publique prescrit au directeur national, via une publication par le ministre mais aussi aux directeurs régionaux de santé publique, de fournir, de manière périodique, un portrait de santé sur l'état de la population. Mais donc, au-delà de cette prescription de portrait... encore ce matin, j'entendais des collègues décrire le choix qu'ils font. C'est nécessairement des choix pas seulement statistiques mais mobilisateurs, d'identifier un programme précis, celui, par exemple, de prévenir les maladies chroniques, pour mobiliser toute une série de partenaires.

Ça, c'est à l'échelle régionale, mais, évidemment, tous ces travaux régionaux s'articulent avec les CSSS, et ils sont très friands — nous avons même un comité où on a plusieurs P.D.G. de CSSS, et ils en redemandent tout le temps — d'avoir, dans les différentes... Leur capacité de travailler sur les autres secteurs, le premier ingrédient déclencheur, c'est d'avoir ce portrait à l'échelle du centre de santé et de services sociaux. Donc, les équipes de surveillance de la santé — c'est un mandat légal confié au ministre au niveau national, un mandat exclusif, et aux équipes régionales dans les agences — ont la capacité et ont l'autorité de croiser des grandes banques de données pour avoir ce portrait sur l'état de santé de la population.

L'Institut national de santé publique est un contributeur important avec leur expertise. Nous avons un infocentre de santé publique où les partenaires de tout le réseau de santé peuvent obtenir la collaboration pour avoir des portraits spécifiques, peu importe l'indicateur qu'ils décident de choisir. Nous avons un plan de surveillance de l'état de santé autorisé par un comité d'éthique de la santé publique qui, depuis des années, a identifié des centaines d'indicateurs. Mais, pour ne pas se perdre, le portrait sert à faire cette synthèse, mais les indicateurs sur toute une série de dimensions sociales, santé physique, santé mentale, sont disponibles pour éclairer les décideurs à tous les niveaux et leur permettre de travailler avec les acteurs de la population, compte tenu de l'intérêt.

Ceci étant dit, les gens qui n'auraient pas des données locales ou régionales, il faut savoir qu'il y a une assez grande homogénéité dans les données de santé au Québec. Il y a, bien sûr, des différences. Le dernier rapport du directeur national de la santé publique montrait notamment les régions pour lesquelles certains domaines sont plus difficiles, mais il faut se rappeler que nos populations défavorisées sont celles qui ont les moins bons indicateurs de santé, notamment nos populations autochtones qui ont aussi des déficits importants à rattraper; le dernier rapport en faisait clairement état.

Alors, de façon générale, il y a des différences, mais elles sont souvent associées, d'une région ou d'une localité à l'autre, aux conditions de défavorisation à l'intérieur de ces communautés.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Poirier. Il reste 1 min 15 s, M. le député des Îles.

M. Chevarie: Rapidement, quand on parle de déterminants de la santé, on parle entre autres aussi de saines habitudes de vie et de prévention, et j'aimerais ça que le Dr Poirier nous dise quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Une minute, Dr Poirier, alors en rafale, le plus rapidement possible.

M. Poirier (Alain): M. le Président, je vais essayer rapidement de séparer en deux grands volets. On a un plan de lutte au tabagisme, diverses actions. On pense souvent à la loi, mais il y a toute... une vingtaine de millions de dollars investis depuis des années dans différents secteurs pour la lutte au tabagisme. On parle de soutenir les gens qui fument déjà, cessation, que ce soit par site Web, ligne téléphonique ou... Il y a plus de 160 lieux où on peut se faire aider pour abandonner le tabagisme.

Mais, en amont, sur le plan de la prévention, évidemment, la loi a beaucoup d'impact, d'influence. Elle interdit à peu près tous les lieux publics de fumer, l'étalage, la commandite, la publicité. Là-dessus, c'est un très beau succès pour protéger les non-fumeurs. Mais il y a beaucoup d'actions de prévention, donc cessation, les aspects législatifs pour la protection des non-fumeurs, beaucoup d'aspects prévention dans les écoles, les Gangs allumées, les services... les pièces de théâtre, le réseau de sport étudiant qui subventionne des champions, des sportifs pour être des modèles parmi les pairs. Il y a beaucoup d'actions du côté du tabagisme.

Du côté des habitudes de vie, j'ai déjà évoqué les actions avec Québec en forme, financées à l'intérieur du plan d'action gouvernemental, et ça, c'est arrivé après le début des investissements de la lutte au tabagisme, mais on est en cours, on est à mi-chemin du parcours du 10 ans de financement de 48 millions avec Québec en forme, puis on a des beaux succès de ce côté-là aussi.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Poirier. On pourra peut-être répondre... reprendre plus tard, là, sur ce point-là, M. le député des Îles. Le bloc étant terminé, alors je vais tout de suite céder la parole, pour le bloc de M. le député de Mercier, à M. le député de Mercier. La parole est à vous pour 20 minutes, questions et réponses incluses. Allez-y.

M. Khadir: Oui, oui. Merci beaucoup, M. le Président. Mes salutations à tous les collègues, à mon collègue le ministre de la Santé puis à toute la belle équipe qui l'accompagne, y compris les députés de... j'allais dire de l'opposition... enfin, du gouvernement. Quel lapsus! Je me demande s'il y a une unité permanente de lutte contre le tabac, un peu comme l'UPAC, là, contre le tabac, au ministère, avec une ligne de délateurs. Parce que j'aurais des... moi, je voudrais dénoncer quelques-uns des gens... Je ne sais pas, avez-vous une police contre la corruption du tabac?

Le Président (M. Sklavounos): Si j'ai le consentement, je pourrais référer la... M. le ministre, voulez-vous la prendre?

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Ah, oui? Ça va?

M. Khadir: Mais c'est parce que tous mes arguments de santé et de... ne marchent pas, et j'essaie de donner le bon exemple moi-même en ne fumant qu'une cigarette par semaine, en disant peut-être qu'une mesure de modération... mais ça ne marche pas non plus. Alors, je ne sais pas, il faut...

Une voix: ...

M. Khadir: Hein? Comment? Bref, M. le ministre, je voudrais vous... aborder trois dossiers avec...

Une voix: ...

M. Khadir: Pardon? Allez-y donc, oui.

M. Bolduc: Bien, un, moi, ce que je dis, il ne faut même pas fumer une cigarette par semaine. C'est l'abstinence totale, parce que, des fumeurs sociaux, la majorité, à long terme, deviennent des vrais fumeurs. Et la lutte contre le tabagisme a été quand même un succès au Québec, parce que, si vous regardez le pourcentage de fumeurs qu'il y avait voilà 20, 25 ans, on a réussi à le descendre de façon significative. On me corrigera, mais je pense que le chiffre est rendu autour de 22 % au niveau du tabagisme. Le défi, c'est les jeunes, et on voudrait que les jeunes ne commencent pas. On sait que c'est des habitudes de vie qui sont commencées tôt, et l'objectif, c'est vraiment de travailler beaucoup, beaucoup au niveau des jeunes et de faire en sorte qu'ils ne fument pas.

Et le Québec est une des provinces également qui offrent de l'aide aux fumeurs, au niveau, entre autres, des arrêts et des outils tabagiques, soit la médication ou encore des timbres, et également on a des programmes qu'on utilise pour cesser de fumer. Pourquoi je suis sensible à ça? Parce qu'une des meilleures façons d'améliorer la santé de quelqu'un, c'est qu'il ne fume pas. Et je pense que le député est d'accord à...

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

● (13 heures) ●

M. Khadir: C'était pour compter sur l'adage qui veut que la modération a bien meilleur goût, puis comme, pour certains, c'est une question de goût... Mais, bon, ça ne marche, de toute évidence, pas. J'attends la ligne de délation.

Alors, trois sujets que je voudrais aborder. Les médicaments. Vous savez à quel point c'est important de juguler la croissance du coût des médicaments qu'on a observée, en fait, leur croissance qui a maintenant plafonné mais qui, quand même, reflète une situation où... selon l'avis de plusieurs commissions et d'experts, on paie beaucoup trop cher nos médicaments. Si on se fie à une commission royale d'enquête présidée par un ancien premier ministre canadien, on paie de trois à six fois trop cher nos médicaments, puis je voudrais aborder le sujet et vous faire une proposition.

Ensuite, le financement par activité des établissements puis le nouveau comité que vous avez mis sur place et, si on a le temps, sur la question des CHSLD et la privatisation en douce du système de santé qui peut poindre à l'horizon.

Donc, pour ce qui est des médicaments, je voudrais rappeler au ministre qu'il existe, en fait, deux axes, deux pièces maîtresses à une politique publique du médicament. Une de ces pièces maîtresses, c'est, bien sûr, le régime d'assurance médicaments, qui peut être universel, gratuit, qui peut être un régime combiné qui couvre l'ensemble de la population, donc privé et public, ou qui peut être un régime où on a de tout: une partie de la population couverte, une autre partie par des régimes privés et une autre partie, comme en Ontario, je pense, 17 % sans assurance.

Donc, il y a un axe qui est l'axe de l'assurance médicaments. L'autre axe d'une politique publique, d'une politique nationale du médicament, relève de la politique industrielle, de la politique économique de soutien dont on doit faire nécessairement le bilan, M. le ministre, parce qu'au cours des cinq dernières années on a perdu plus de 2 000 emplois, des pertes d'emplois qui se sont accélérées au cours de la dernière année. Chaque semaine apporte ses annonces.

Le Dr Paul Saba, du Centre hospitalier de Lachine, qui était venu à une rencontre qu'on avait la semaine dernière, disait qu'en fait il y a des grandes corporations — j'oublie les noms, je ne sais pas de quelles il parlait — des grandes multinationales pharmaceutiques qu'on a protégées pendant des années avec la règle de 15 ans, avec des subventions, avec des crédits d'impôt, avec toutes sortes de mesures de soutien que le gouvernement du Parti québécois a introduites. Un ancien de nos collègues, M. Rochon, le Dr Rochon, l'a introduit en toute bonne foi, en espérant que ça fasse quelque chose, que ça stimule, qu'en retour ces industries là nous apportent quelque chose. Le bilan est assez catastrophique.

De toute façon, le bilan au Québec ne peut pas être différent du bilan international. Ce n'est pas parce que le Parti québécois a mal agi, le Parti québécois a agi en toute bonne foi. Le problème, c'est que c'est un domaine de l'industrie très bien intégré au niveau international. Les mêmes causes entraînent les mêmes conséquences. Donc, on ne peut pas avoir au Québec quelque chose de différent de ce que relève le rapport Sarkozy, le rapport du professeur Debré que, j'espère, votre ministère a lu et épluché avec attention: comment l'industrie a berné le public et les administrations publiques en Europe. On fait un constat dévastateur sur les années allant du début des années quatre-vingt-dix jusqu'au milieu des années 2000.

Les États-Unis, ce n'est pas mieux. Las d'attendre que quelque chose se pointe de substantiel, le gouvernement Obama, en janvier 2011, déposait un projet pour créer... D'ailleurs, ils ont fait des annonces encore: 1 milliard de dollars d'investissements à travers le NIH public pour s'assurer qu'on fait vraiment de l'innovation. Autrement dit, la politique industrielle, l'autre versant, l'autre pièce maîtresse d'une politique du médicament, est un échec total. L'innovation réelle, à part les «me-too»... J'espère que le ministre et ses adjoints, son équipe ne considèrent pas tous ces soi-disant produits brevetés qui ne sont que des quasi-copies pour occuper des niches, par exemple dans, je ne sais pas, du côté des médicaments anticholestérol ou hypotenseurs, etc., comme étant des innovations, hein? On a 14, 15 molécules qui sont soi-disant protégées par des brevets dans les mêmes catégories pour s'occuper exactement de la même pathologie. Ça, ce n'est pas vraiment de l'innovation. On s'attendait à ce que nos politiques donnent des résultats, de l'innovation substantielle; ce n'est pas le cas.

Le résultat combiné de tout ça fait qu'entre... c'est-à-dire la politique d'assurance médicaments qu'on s'est donnée, le régime mixte — le régime général 40 % public, 60 % privé — et cette politique de soutien industriel ont fait en sorte que la facture, pour la RAMQ, est passée d'à peu près 950 millions en 1998 à 3,4 milliards. Puis là ça s'est stabilisé, on est aux alentours de 3,2 milliards. Je ne poserai pas la question parce que la question a été demandée, c'est-à-dire générique breveté... Vous avez répondu, je ne me rappelle plus à quelle page.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Mercier, je ne veux surtout pas intervenir dans la formulation de vos questions...

M. Khadir: Oui, j'arrive.

Le Président (M. Sklavounos): Par contre, il y a 7 min 30 s déjà d'écoulées et...

M. Khadir: Je sais.

Le Président (M. Sklavounos): ...je ne veux pas que vous manquiez du temps. Je sais que vous avez trois sujets à aborder. Allez-y.

M. Khadir: Oui, très bien. Alors 3,2 milliards, n'est-ce pas, en 2010-2011. Nous, on a fait le calcul, M. le ministre, j'ai fait une présentation, bibliographie à l'appui, que, si le régime d'assurance médicaments actuel devient un régime d'assurance médicaments universel, on va uniquement capter le plancher de cotisation des régimes privés actuels, vraiment le plancher, qui est à peu près à 100 \$ par mois pour un individu dans les régimes privés, donc 1 200 \$ par année. En combinant le modèle Pharma Québec, c'est-à-dire une négociation serrée comme le fait l'Ontario, comme le fait la

Colombie-Britannique, comme le fait la Nouvelle-Zélande, l'Indonésie, maintenant, l'Équateur, la France et l'Angleterre — la France le fait — un régime de négociation serrée pour avoir de meilleurs prix du médicament, le gouvernement québécois, votre ministère, peut aller chercher des revenus ou des économies combinés de 3,9 milliards de dollars si on part des chiffres de dépenses publiques et privées en assurance médicaments et dans le coûts des médicaments.

J'aimerais pouvoir le présenter aux responsables de la RAMQ et de votre ministère qui s'occupent de réfléchir... quitte à ce que toute ma démonstration soit déconstruite parmi les affirmations que j'ai faites, mais je voudrais savoir s'il y a un obstacle autre en termes de politique qui fait en sorte que ma proposition, à date, ne trouve pas preneur auprès du ministère. Pourquoi on gaspille de 2 à 4 milliards de dollars inutilement en n'allant pas là où d'autres pays ont décidé d'aller?

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

M. Bolduc: Un, dans un premier temps, je suis un petit peu étonné qu'on a l'air de dire que l'Ontario puis les autres provinces ont un meilleur régime d'assurance médicaments que nous autres, parce qu'à chaque fois qu'on rencontre les ministres de la Santé, ils se tournent tous vers moi puis ils me disent: Eh, que tu es chanceux d'avoir un régime comme celui du Québec! Et, si on pouvait, on mettrait le même régime qu'au Québec dans notre province. Ça, c'est la première chose qu'on me dit. Et, ça, c'est reconnu, et le député de Mercier l'a reconnu récemment lorsqu'on a fait un débat d'environ deux heures là-dessus: le Québec a le meilleur régime d'assurance médicaments en Amérique du Nord. C'est aussi simple que ça. Il ne se compare pas du tout avec ce qui se fait ailleurs.

Premièrement, l'accessibilité des médicaments. Dans les autres provinces, le député de Mercier l'a reconnu, 17 % des gens qui sont malades puis qui ont besoin d'être soignés avec des médicaments dispendieux n'ont pas le moyen de prendre leurs médicaments. C'est ce qui fait qu'au Québec la consommation est plus grande, mais c'est ce qui fait aussi qu'au Québec on fait plus de prévention au niveau du diabète, de l'hypertension artérielle...

Il y a un choix éditorial qu'on fait: Est-ce qu'on préfère attendre que les gens ne prennent pas les médicaments, puis tombent malades, puis qu'on s'en occupe dans l'hôpital où c'est gratuit ou on fournit la médication dès le début, de façon à prévenir des maladies, et que ces gens-là vont pouvoir vivre relativement en bonne santé? Le choix du Québec a été très simple, on a fait comme choix de s'occuper de nos patients très tôt et de fournir la médication à un coût raisonnable à tout le monde. Donc, après ça, on parlera du financement. Sur le concept de l'assurance médicaments, nous avons le meilleur régime.

Et également on est une province qui a fait des choix. On a fait un choix aussi de partenariat avec les industries pharmaceutiques. Mais, par contre, l'année passée, on a fait le choix également de diminuer le remboursement de façon très significative, le coût des médicaments, au niveau des médicaments génériques. Et, là-dessus, on s'est fait un partenariat, on n'a pas fait de... On n'en a pas discuté avec l'Ontario, mais l'Ontario a fait la même chose que nous autres, ce qui fait qu'aujourd'hui au lieu de payer 50 % du coût, on paie 25 % du coût. C'est ce qui fait d'ailleurs qu'au lieu d'avoir des augmentations de 10 % à 15 % annuelles du coût des médicaments, l'année passée, on a baissé nos coûts de médicaments de 2,6 % pour le régime public d'assurance maladie. Ça, c'est des résultats très, très positifs. Et, quand on parle d'un contrôle des coûts, ce que j'ai parlé dans mon introduction, c'est un des plus beaux exemples. Et également la généralisation des produits au cours des prochaines années fait que ça ne sera pas stable. À chaque année, on économise plus d'argent à cause de la généralisation.

Quand on parle qu'il n'y a pas de nouveaux produits... puis je suis d'accord avec le député de Mercier, un «me-too», c'est-à-dire un médicament qui fait le même effet, qui rentre sur le marché... On a des règles avec l'INESSS, qui est l'Institut national d'excellence de santé et services sociaux, qui conseille le ministre sur quels médicaments inscrire sur la liste, on a une règle que, s'il coûte plus cher, il ne sera pas mis sur la liste de... il ne sera pas mis sur nos listes de formulaires.

Par contre, il y a eu des nouvelles molécules au niveau du cancer, dont entre autres une qu'on a acceptée récemment comme médicament d'exception, hein, on va dire le nom... le nom, c'est le Pradax, qui remplace le Coumadin dans certaines conditions, qui est un médicament innovateur qui empêche d'avoir des prises de sang. Et, pour certains patients qu'on n'est pas capables de contrôler avec le Coumadin, bien, ça leur permet de prendre une médication de façon sécuritaire.

Et les nouveaux produits au Québec ont accès au marché. Pourquoi? Parce qu'on a une organisation qui s'appelle l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux qui nous fait des recommandations non pas basées sur ce que les compagnies nous disent; on part à partir d'études de compagnies, on part à partir d'études indépendantes, mais ce qui est basé sur l'«evidence based», qu'on appelle la preuve par l'évidence, si le médicament est efficace ou pas. Et également, lorsqu'on accepte un médicament, on regarde le coût. Si un médicament coûte trop cher par rapport aux effets qui sont apportés, à ce moment-là on fait des discussions, et puis le médicament peut être refusé.

Par contre, il y a des médicaments, exemple, au niveau du cancer, qui sont des médicaments uniques. Et ça, oui, il faut être capable de le donner à notre population. Et le Québec, encore là, il y a une étude qui a été faite récemment... a démontré que le Québec est l'endroit où est-ce qu'il y a la meilleure accessibilité au niveau médicament et également dans lequel c'est le délai le moins...le plus rapide pour accéder aux médicaments. Les gens vont dire: Ce n'est jamais assez rapide. On est quand même plus rapides que les autres, on en donne plus que les autres, et ça coûte moins cher que les autres.

● (13 h 10) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, monsieur...

M. Bolduc: M. le Président, il y a un effet là-dessus. Puis je voudrais juste finir là-dessus, là.

Le Président (M. Sklavounos): Oui, s'il vous plaît.

M. Bolduc: Le fait de rendre accessible la médication, moi, je considère également que ça nous permet d'éviter des coûts. Pourquoi? Parce que, plutôt que d'avoir un AVC, un infarctus, on est peut-être mieux de donner les médicaments tôt pour traiter l'hypertension artérielle, le diabète, pour éviter des maladies qui vont nous coûter beaucoup plus cher plus tard. Et ça, je pense que le député de Mercier, comme médecin, va le reconnaître.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Mercier, six minutes à votre bloc.

M. Khadir: Oui. C'est bon, l'accessibilité au Québec. C'est peut-être le meilleur quand on compare au reste du Canada, mais il ne faut pas toujours se comparer aux... disons aux cancrs de la classe. Il faut se... Non. J'exagère à peine. J'exagère à peine, mon cher collègue. C'est qu'il y a d'autres modèles. Moi, je ne vous propose pas de ressembler au reste du Canada. Je vois que vous avez pris cinq minutes pour me dire comment c'est mieux au Québec par rapport au reste du Canada.

Ce que j'espère trouver comme oreille, si on veut vraiment avoir un débat constructif, je vous demande juste de considérer que je puisse venir vous présenter comment on peut avoir mieux à un moindre coût si on combine les avantages de différents systèmes. Et plus encore c'est que le modèle Pharma Québec va permettre au Québec de se doter d'une politique industrielle et d'innovation du médicaments pour sauver nos meilleures compétences. Donc, moi, je vous propose simplement d'avoir l'ouverture nécessaire, M. le ministre, pour me permettre de venir vous faire une présentation, à votre sous-ministre s'il le faut, pour montrer comment on peut améliorer ce qu'on a déjà en termes d'assurance, réduire les coûts des médicaments en termes d'achats puis sauver des jobs. Est-ce qu'il y a une objection à ça?

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

M. Bolduc: Je pense que, dans un but de collaboration, on pourrait toujours être intéressé à rencontrer des gens qui apportent des nouvelles idées. Comme je vous le dis, à ce moment-là, il y a des discussions qui peuvent être faites puis il y a des choix qui peuvent être faits. Mais je suis d'accord pour que vous puissiez rencontrer des gens au niveau de la RAMQ pour nous permettre peut-être de présenter votre modèle.

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

M. Khadir: Le ministre des Finances va être très content d'apprendre qu'on peut économiser en offrant mieux: 4 milliards. C'est sûr que ça va faire mal à certains secteurs, comme le secteur pharmaceutique multinational. C'est sûr que, là, ils ne vont pas aimer ça. Mais je vous montrer que ce n'est pas... c'est dans l'intérêt du Québec d'aller là.

Deuxièmement, le financement par activité des établissements. Vous avez mis... Oui. J'y vais très rapidement. Vous avez mis en place des nouvelles mesures. Vous avez annoncé la mise en place d'un groupe d'experts pour réfléchir puis pour pouvoir... comment on peut soutenir des initiatives de telle sorte. J'apporte... J'attire l'attention — je ne sais pas qui s'occupe au ministère de ça pour vous — sur un article du *New England*, qui est paru le 11 avril dernier, *Controlling Health Care Spending—The Massachusetts Experiment*, qui s'ajoute à l'expérience suédoise qui a commencé ça en 1992.

Quand on compare l'expérience du Massachusetts ou de la Suède, on s'aperçoit que le financement basé sur l'activité, ça a ses limites. Ça occasionne une augmentation de productivité de certains services, mais qui s'atténue dans le temps. Puis les coûts augmentent. Et le Massachusetts vient d'arriver à la même conclusion. Eux autres, un peu comme le Dr Poirier le mentionnait, pensent plutôt à l'approche populationnelle intégrée, qu'eux appellent «accountable care organizations, providers who are accountable for spending and quality of care for defined populations of patients». Donc, on établit... C'est comme une espèce de... ce qu'on appelle la capitation, à la limite, donc, un modèle intégré. Plutôt que de baser sur la production de services, c'est sur la qualité des soins. Et la Colombie-Britannique veut aussi envisager ceci. Donc, est-ce que c'est possible que, dans votre comité, on intègre d'autres visions?

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, si j'ai une réponse brève, je peux arriver à une dernière question pour M. le député de Mercier. Allez-y.

M. Bolduc: M. le Président, j'aurais besoin d'une heure pour expliquer cette affaire-là. C'est de toute beauté. Et en passant, c'est le système américain avec la réforme Obama, rapidement. Et, comme de fait, le financement à l'activité est bon, mais il faut tenir compte de d'autres facteurs, entre autres du volume. Le danger du financement à l'activité, c'est d'augmenter un volume qui est non pertinent. Dans les études, ça démontre... c'est environ 20 % à 30 %, et on va en tenir compte. D'ailleurs, il y a un document, puis je vous référerai à ça, un document qui a été fait par l'AQESSS, qui dit justement tous ces problèmes-là, que vous venez de mentionner, que, nous autres, on ne veut pas avoir au Québec. Également, je suis allé en France, au mois de décembre, où on m'a expliqué comme il le faut la mise en place du financement à l'activité. Et ils m'ont dit à quoi... où faire attention, ce qu'on avait déjà vu et qui est très bien décrit dans le document de l'AQESSS. Je parle rapidement parce que je veux vous laisser votre autre question.

Trois principes. La première chose, il faut viser à financer un volume qui est pertinent. Deuxièmement, il faut avoir les systèmes d'information pour être capable de mesurer comme il le faut. Et également il faut avoir des éléments de qualité pour s'assurer qu'on ne fasse pas juste du volume mais qu'également... que la qualité et la sécurité sont respectées. Mais tout ça pour vous dire, je pourrais vous faire une présentation d'une heure là-dessus. On surveille la réforme américaine. En passant, les réformes américaines, il y a d'autres endroits qui regardent qu'est-ce qui se fait au Québec et au Canada. Et on peut vous dire que les meilleurs systèmes, selon les Américains, puis je vous référerai à un article du *New England Journal of Medicine* d'il y a quelques mois qui disait que le meilleur système de santé au monde était canadien.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Mercier, une minute et demie.

M. Khadir: Très bien.

Le Président (M. Sklavounos): Allez. Pour la question et la réponse. Allez-y.

M. Khadir: Très bien. En fait, je n'irai pas sur l'autre sujet. Sur la question du financement basé sur l'activité, oui, le meilleur système, bien sûr, comparé aux États-Unis, c'est le Québec. Mais, au Massachusetts, ils ont déjà un système qui a essayé de ressembler au Québec, d'accord, ça a été introduit il y a quelques années. C'est l'endroit phare pour le reste des États-Unis, justement: essayer de tirer le système américain vers le système québécois ou canadien. Et là on s'est penchés... parce qu'on s'est aperçu que les coûts, depuis 2006, étaient en train d'exploser, puis on s'est penchés sur les différents modèles de financement — il y a du privé et il y a du public — puis on a dit: Attention, attention au financement basé sur les activités, en raison des questions que vous dites.

Alors, pour... Est-ce que votre comité Thomson est fermé? Est-ce qu'on pourrait vous suggérer... Est-ce que vous seriez assez magnanime pour accepter aussi qu'on puisse suggérer, nous, l'opposition officielle, en s'entendant sur une personne ou des personnes compétentes...

Le Président (M. Sklavounos): Je vais laisser 30 secondes au ministre.

M. Khadir: ...quelqu'un qui intègre votre comité?

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

M. Bolduc: Non, pas pour intégrer le comité parce que c'est un comité de trois personnes, qu'il va y avoir des sous-comités, mais, si vous voulez avoir, à un moment donné, une rencontre avec le comité, ça va être accepté. Mais on ne fera pas partie du comité parce qu'on voulait garder ça indépendant du côté politique.

Juste rapidement, pour répondre à votre question, vous avez absolument raison: un, le financement à l'activité, ce n'est pas une question de privé versus public. Ça peut être dans un système public entier où est-ce qu'on peut avoir le financement d'activité. Deuxièmement, c'est 30 % à 40 % des activités qui peuvent se faire par le financement à l'activité. Puis un exemple, une urgence dans un petit établissement qui est pauvre, qui n'est... on a besoin d'un médecin la nuit, mais il n'y a pas beaucoup de volume, on ne peut pas payer ça à l'activité. Mais je vous référerai au document de l'AQESSS qui est très bien fait...

Le Président (M. Sklavounos): Merci.

M. Bolduc: ...et, selon moi, là, 90 % de nos recommandations vont répondre aux besoins de l'AQESSS.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Merci de votre collaboration à vous deux. Ce n'était pas facile. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, je vous retourne la parole.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Compte tenu qu'on a été pressés par le temps sur la problématique du tabagisme, j'aimerais revenir dessus pour avoir un peu plus d'information, pour informer la population également de tout ce que le gouvernement fait en matière de lutte contre le tabagisme, mais également peut-être aider le député de Mercier à prendre sa décision de tolérance zéro en termes de cigarettes par semaine.

Alors, ma question s'adresse au ministre ou encore au sous-ministre, le Dr Poirier. J'aimerais ça qu'il nous présente, par rapport à toute la lutte contre le tabagisme, tout ce qu'on a fait au Québec par rapport à ça, s'il veut nous en parler de façon quand même assez sommaire, parce qu'évidemment il y a beaucoup, beaucoup de choses qui ont été faites et qui sont à venir également.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. le ministre, est-ce que j'adresse la question au Dr Poirier ou voulez-vous commencer?

M. Bolduc: Oui, M. le Président, parce que le Dr Poirier, il est excellent en son domaine.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, M. le ministre. Sur le même consentement, Dr Poirier, vous avez la parole.

M. Poirier (Alain): Merci, M. le Président et M. le ministre. Une cigarette par jour, c'est trop. Il n'y a pas de niveau de... Et, je ne dis pas ça pour faire le perroquet, il n'y a pas de niveau de consommation sécuritaire. C'est pour ça que, même pour les gens qui ne fument pas, on essaie de restreindre la fumée secondaire. La loi notamment sur les lieux publics fait ça.

Mais, ceci dit, le tabagisme n'est pas interdit, pas du tout. Il est seulement interdit dans certains lieux justement pour protéger les poumons des non-fumeurs. Il y a un numéro de téléphone pour se plaindre, lorsque vous observez des fumeurs dans des lieux où on ne devrait pas fumer. Et c'est un numéro de téléphone qui est traité confidentiellement, ni le ministre ni le sous-ministre ne sont au courant des plaintes et des enquêtes faites par les inspecteurs du tabac.

Pour parler de la lutte, évidemment, nos objectifs ne sont pas atteints pour la réduction du tabagisme. On voudrait que ça soit zéro. Mais, une fois ceci dit, on peut s'inspirer, un peu comme on le mentionnait tout à l'heure, des succès des autres provinces. Par exemple, la Colombie-Britannique sont autour de 15-16 %, nous sommes plutôt à 21-22 %. Nous avons déjà été à 50 %, quand j'étais très jeune, 40 % plus récemment, 29 %... ça diminue tout le temps. Mais, si on pouvait voir la courbe devant nous, on verrait qu'il y a un ralentissement de cette diminution-là, peut-être parce qu'on arrive aux purs et durs puis peut-être parce qu'il y a toujours une originalité derrière l'industrie du tabac qu'il faut combattre et qui trouve des façons de séduire les jeunes, parce que c'est un renouvellement par la base auquel on assiste.

● (13 h 20) ●

Mais donc, dans notre plan, j'ai évoqué tout à l'heure certains des objectifs: on parle d'à peu près 20 millions par année de diverses stratégies de promotion, prévention, d'aider la cessation. Plus spécifiquement, il y a aussi des médicaments pour aider les gens pharmacologiquement à cesser de fumer. Très peu des gens qui veulent cesser ont besoin d'une aide, à peine 10 %, et, là-dedans, très peu ont besoin de médicaments. Mais certains doivent, pour contrer la nicotinedépendance, faire appel à ces aides pharmacologiques. Et on a aussi 5 millions dans les centres d'aide au tabagisme depuis quelques années.

On finance aussi l'acte de soutien auprès des médecins, c'est-à-dire l'acte d'aider son patient à cesser de fumer. C'est un acte tarifé, donc, pour lequel le médecin peut être rémunéré lorsqu'il prend du temps pour expliquer les tenants et aboutissants. Donc, la stratégie de lutte au tabagisme incorpore tout ce qu'il faut faire, c'est-à-dire les actions de santé publique, la protection avec l'inspection et la surveillance de la loi.

Il y a des bonifications attendues prochainement, suite aux recommandations de la Commission des finances publiques sur la lutte à la contrebande. La lutte à la contrebande a obtenu des succès par différentes initiatives, différents investissements, mais on pense qu'on peut faire encore mieux. On a diminué de près de moitié, selon nos estimés, la consommation de contrebande, mais on est globalement assez en accord avec les recommandations de la commission, qui propose des nouvelles avenues qui vont dans le sens, notamment, d'un projet pilote qu'on a fait dans la région de Laval, dans lequel non seulement il faut viser les grands escrocs, les grands vendeurs de contrebande, mais de travailler sur toute la pyramide, y compris les petits revendeurs dans les quartiers et dans les lieux où on essaie de recruter des jeunes à fumer.

Donc, dans une stratégie future, que l'Assemblée nationale pourra examiner, il faut travailler encore entre ministère du Revenu, Santé, etc., Finances, pour continuer de bonifier notre lutte à la contrebande, ce qui pourrait nous permettre d'augmenter le prix, parce qu'on sait que le prix est un déterminant important de la non-initiation des jeunes. Ils sont beaucoup plus touchés par le prix de la cigarette, qui est un outil parmi toute une série d'autres. Donc, ça, c'est des actions plus courtes.

Pour le reste, sur le plan de la prévention, j'en ai déjà évoquées quelques-unes tout à l'heure, beaucoup d'activités pourraient aider à cesser. Je n'ai pas parlé tellement de toute une série d'organismes gouvernementaux. On parle de partenaires, je l'ai évoqué dans les autres habitudes de vie, mais, que ça soit *Info-tabac*, l'association de santé publique, le centre québécois de tabagisme sur le tabac, l'Association des droits des non-fumeurs, ce sont toute une série de partenaires que nous soutenons financièrement pour qu'ils puissent mener leurs actions, je dirais, indépendamment, même. Et, à l'occasion, ils nous mordent le jarret, c'est bien, pour nous encourager à aller plus loin dans la lutte au tabagisme. Et c'est des gens qui s'y consacrent à temps plein. Ça va être particulièrement important, puisqu'on a vu, dans le récent gouvernement... le budget fédéral, que les financements pour soutenir ces organisations-là pourraient être diminués. Donc, on va devoir regarder attentivement, du côté du gouvernement québécois, sans se substituer, comment, nous, on peut continuer cette lutte contre le tabagisme. Merci, M. le Président.

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

M. Chevarie: Merci. Toujours au niveau des problématiques de santé publique, j'aimerais ça que le sous-ministre nous parle un peu du programme ou du plan d'action Investir pour l'avenir. On sait que c'est un programme qui touche des saines habitudes de vie, et particulièrement des interventions au niveau de la prévention des problèmes reliés au poids. Et j'apprécierais qu'on puisse bénéficier d'informations sur le sujet.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. le ministre... M. le ministre? Là-dessus, sur la question...

M. Bolduc: Le sous-ministre.

Le Président (M. Sklavounos): Ah oui? O.K., parfait. Dr Poirier, sur le même consentement.

M. Poirier (Alain): Nous avons déjà un programme national de santé publique qui se donnait des objectifs en matière d'amélioration des saines habitudes de vie. Mais il y a un coup de barre qui a été donné à la suite de la... comment que ça s'appelait, là... forum des régions en 2004, Le comité Perreault a fait des recommandations, présidé par le maire de Sherbrooke. C'est pour améliorer l'alimentation, activité physique, en lien notamment avec l'obésité chez les jeunes. À la suite de quoi, le gouvernement nous a demandé de travailler avec des partenaires des autres ministères pour développer un plan gouvernemental. Huit ministères sont impliqués, trois organismes, 75 actions en découlent depuis 2006. C'est à la suite de ça que le choix financier, c'est de s'associer avec la fondation Chagnon pour financer toute une série de partenaires.

Mais revenons aux actions qui sont dans le plan gouvernemental. C'est là que, sur le plan des politiques publiques, soutenir le transport actif, avoir des politiques en milieu scolaire, en milieu municipal, des actions que le ministère de la Santé... sont déclinées. 75 actions sont dans le champ des politiques publiques, découpées en quatre axes: bien sûr, l'alimentation et l'activité physique, mais aussi la transformation de la norme social, la recherche et l'évaluation. Ce sont

les actions, je dirais, dans le créneau gouvernemental et qui nécessitent évidemment un travail avec nos réseaux, quand c'est le cas, et nos partenaires, si on pense au monde municipal, d'inciter le milieu municipal. Donc, il y a, dans tous ces axes, beaucoup d'activités.

Les plus concrètes, c'est évidemment les politiques alimentaires en milieu scolaire, ça fait déjà longtemps qu'on les connaît. Le ministère des Transports a développé des outils pour les municipalités pour les aider à faciliter le transport actif des enfants, sécuriser les enfants, mais surtout leurs parents aussi qui ne veulent pas que les enfants à l'occasion marchent ou prennent leurs vélos. Donc, ce sont des outils qui, en complémentarité avec ce qu'on finance du côté de Québec en forme, vont aider Vélo Québec à faire ce travail-là à l'échelle des communautés locales. Donc, des outils, et des politiques, et des encouragements dans le plan gouvernemental, des leviers financiers et des actions sur le terrain du côté de Québec en forme. Alors, ça, c'est un exemple.

Du côté des habitudes alimentaires, on a un grand chantier qui vient de commencer et qu'il est important de mentionner. On travaille avec l'industrie et les ministères sur une politique sur la saine alimentation au Québec. C'est une première, on n'a jamais eu ça au Québec. On a eu des orientations, mais une politique avec l'industrie et les partenaires... Parce que là on déborderait le simple cadre des problématiques du poids associées à Investir pour l'avenir, mais on sait que l'alimentation est derrière bien d'autres problèmes — l'hypertension notamment, avec le sodium — mais donc cette politique sur la saine alimentation, ce ne sera pas nécessairement simple. Mais on y travaille actuellement de façon intensive avec un comité consultatif, donc, de partenaires qui nous font des recommandations qu'on analyse, et on aura l'occasion de l'amener probablement quelque part à l'automne en consultations publiques, espérons-le, dans notre échéancier, pour une adoption dans un an. Je n'y serai plus, mais j'espère que mon successeur pourra, avec l'aide du ministre, des partenaires, applaudir pour une politique sur la saine alimentation qui, comme je le dis, sera fondamentale non seulement pour l'obésité des jeunes, mais pour la société en général.

Alors, ce sont des exemples d'actions très concrètes qui découlent... et celle-là était nommée dans le fameux document *Investir pour l'avenir*. Ça a pris du temps mais on y arrive, de mettre tous les partenaires à table. Et, découlant de quelque chose de plus pointu, comme un plan obésité, on arrive à une politique beaucoup plus large sur la saine alimentation des Québécois.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Poirier. M. le député des Îles, trois minutes avant notre suspension pour midi.

M. Chevarie: Le plan d'action visait une période de temps de 2006 à 2012. Ce que j'aimerais savoir du Dr Poirier: Est-ce que le plan d'action est reconduit ou est-ce qu'on entrevoit le reconduire à partir de 2012?

Le Président (M. Sklavounos): Sur le même consentement, Dr Poirier, jusqu'à 1 h 30. Le temps est à vous.

M. Poirier (Alain): On a effectivement un plan d'action 2006-2012. Du même souffle, le financement Québec en forme, lui, va jusqu'en 2017, donc 2007-2017. Évidemment, ça serait de couper la poire en deux — je n'aime pas qu'on coupe les poires en deux avec le nom que je porte — mais il faudrait continuer à avoir un autre plan.

On a déjà eu ces échanges à l'intérieur du ministère avec le ministre, et il est tout à fait d'accord qu'il faut renouveler le plan d'action gouvernemental de 2013 à 2017 au minimum. Je serais assez étonné que, rendus en 2017, on dise que tous les problèmes sur les saines habitudes de vie... de la même façon que, pour le tabac, on le renouvelle, mais il faut continuer d'améliorer ses habitudes de vie. Donc, actuellement, on travaille sur l'idée de renouveler un tel plan d'action gouvernemental. Ma position personnelle en termes de legs, je pense qu'il faut l'élargir aux conditions: pas seulement se préoccuper de l'obésité chez les jeunes, élargir les groupes d'âge et d'avoir une préoccupation habitudes de vie, mais plus large parce qu'elles touchent évidemment d'autres maladies chroniques.

Donc, ça serait un renouvellement dans le temps mais aussi dans son ampleur et dans sa portée sur laquelle on va travailler dans les... pour livrer un nouveau plan quelque part en 2013.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Poirier. Dernier petite commentaire, M. le député des Îles, ça va?

M. Chevarie: Oui, un dernier commentaire. Bien, je pense qu'on va terminer le bloc avec ce sujet-là. Au prochain bloc, on va sûrement aborder des questions comme la lutte contre le cancer.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. Alors, juste vous aviser, on va suspendre maintenant jusqu'à 15 heures. On va être dans la même salle, sauf que, le salon bleu demeurant ouvert, si vous laissez vos choses ici, sachez que la salle ne sera pas sécurisée. Alors, vous avez le choix de prendre vos affaires personnelles avec vous et les ramener à 15 heures. Merci beaucoup. Je suspends nos travaux.

(Suspension de la séance à 13 h 29)

(Reprise à 15 h 8)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux ici, au salon bleu de l'Assemblée nationale. Je demande à toutes les personnes qui sont dans la salle de

bien vouloir à nouveau s'assurer que la sonnerie de leurs téléphones cellulaires soit fermée, soit en mode vibration, s'il vous plaît.

Je vous rappelle que nous sommes réunis ici afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé, relevant du portefeuille Santé et services sociaux, pour l'exercice financier 2012-2013.

Suite à une entente qui est intervenue avant qu'on reprenne les travaux, nos travaux vont se dérouler jusqu'à 18 h 30. À la suite de ça, il y aura suspension jusqu'à 19 h 30, où nous allons reprendre jusqu'à 22 h 30.

Et il restait encore du temps à la partie ministérielle, environ neuf minutes, Mme la secrétaire. Alors, je cède la parole à qui du côté ministériel pour ce bloc de neuf minutes? Mme la députée de Hull, la parole sera à vous.

● (15 h 10) ●

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, à mon tour de souhaiter la bienvenue à tout le monde. Je crois que c'est ma deuxième ou troisième année à participer pour les crédits en santé, et c'est très, très intéressant. C'est un dossier... Pour ceux qui le savent, qui connaissent la région de l'Outaouais, plus précisément le comté de Hull, c'est un enjeu déterminant puisque nous sommes la porte d'entrée depuis l'Ontario. Et je sais que l'ensemble des personnes derrière moi connaissent très bien la réalité de l'Outaouais en matière de soins de santé.

M. le Président, j'aimerais parler tout d'abord de lutte contre le cancer. On sait tous que le cancer est la première cause de mortalité au Québec. J'ai appris certaines statistiques. J'ai appris ça parce que je suis ambassadrice des Jours de la jonquille, qui est devenu le Mois de la jonquille. Puis je vois que le ministre arbore bien sa jonquille. Moi, la mienne, je l'ai oubliée à la maison, alors je suis désolée. Mais j'ai appris que, toutes les 11 minutes au Québec, quelqu'un apprend qu'il est atteint du cancer, à toutes les 11 minutes. Et, à toutes les 26 minutes au Québec, il y a quelqu'un qui meurt des suites d'un cancer. Alors, c'est vraiment une priorité, je crois, pour le gouvernement et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Et ma question sera très brève pour débiter. Je voudrais savoir comment le gouvernement aborde cette triste réalité.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je vais prendre la première question, puis on va avoir Dr Jean Latreille, qui est notre nouveau directeur national pour le cancer, pour prendre la relève.

C'est certain que, pour le cancer, ça nous prend une approche qui est globale, depuis la prévention jusqu'au traitement et également les soins palliatifs. Et on développe ici, au Québec, une approche par réseau, c'est-à-dire que c'est des réseaux qu'on met en place pour prendre en charge le cancer, puis également une approche hiérarchisée, c'est-à-dire que, quel que soit l'endroit que la personne demeure, il faut qu'elle reçoive les meilleurs soins de cancer, qu'on demeure à Montréal, en région. Et, pour ça justement, l'approche hiérarchisée fonctionne bien puis l'approche en réseau.

L'autre élément qui est important, c'est certain qu'au Québec c'est 52 000 personnes qui, à chaque année, vont avoir un diagnostic du cancer. Plus de 50 % vont survivre, et les taux de survie au niveau du cancer sont de mieux en mieux. Mais il n'y a pas seulement que le traitement, il y a la prévention avec le programme de dépistage du cancer du col, le programme de prévention du cancer du côlon qu'on veut mettre en place au cours des prochaines années puis également, naturellement, un programme qui est reconnu pour sa qualité: le programme de dépistage du cancer du sein.

Donc, c'est toute cette approche globale qu'on veut approcher puis également une approche holistique où on prend en charge la personne de façon totale pour offrir les meilleurs services. Et également, il faut le voir, c'est une approche également qui doit être familiale. Donc, il y a l'individu, mais il y a les gens autour aussi qui ont à subir le cancer chez la personne aimée. Donc, c'est toute cette approche qu'on est en train de mettre en place.

Et puis, si vous continuez votre question, je vais faire venir Dr Latreille, puis il va bien nous expliquer la mise en place des réseaux.

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

Mme Gaudreault: Bien, oui, je vais poursuivre puisque c'est un enjeu important. Et mon autre question... Je sais qu'on a récemment nommé Dr Latreille, qui a un parcours impressionnant. Je ne l'ai pas identifié ici, mais vous allez nous le présenter à l'instant. Mais, moi, je voudrais savoir: On fait figure de proue dans bien des domaines en matière de santé au Canada, mais quel est le... comment le Québec se démarque par rapport aux autres provinces?

M. Bolduc: Bien, je vais prendre cette question-là aussi parce que c'est des données quand même statistiques. C'est que, quand vous regardez pour le traitement du cancer, on est encore dans les meilleurs. Entre autres, au niveau de l'espérance de vie globale du citoyen québécois, on est dans les meilleurs au niveau du Canada. Mais, si on regarde nos données, on a un programme de dépistage du cancer du sein, programme du dépistage du cancer du col, mais également... Puis vous donner un exemple: en radiothérapie, le délai recommandé pour commencer les... pour débiter les traitements de radiothérapie, c'est quatre semaines. Nous sommes à 99 %. La seule autre province qui nous bat de 1 %, c'est la Saskatchewan, à 100 %. Les autres provinces sont en arrière de nous autres.

L'accès aux médicaments également, on est les meilleurs, c'est-à-dire qu'à cause de l'assurance médicaments on offre un programme où ce n'est pas une limitation monétaire que d'avoir les traitements.

L'accès aux types de molécules également, avec ce qu'on a pris récemment comme prise de position puis qu'on a travaillé avec l'INESSS, on est rendus, là, qu'on offre, comme toutes les autres provinces, tous les médicaments nécessaires pour soigner la personne.

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

Mme Gaudreault: Oui. Alors, je poursuis toujours concernant la lutte contre le cancer. Vous savez, en Outaouais, on a un centre de cancérologie qui a été inauguré l'année dernière, je crois... ou il y a deux ans, par notre ministre, et la population est toujours très satisfaite des services qu'ils reçoivent. De façon quotidienne, j'entends des gens me parler des services offerts au Centre de cancérologie. On voit des lettres aussi qui sont publiées dans nos médias locaux qui vantent le travail du personnel et l'ensemble des services qui y sont offerts.

Puis on parle aussi souvent de cette démarche, là, d'implanter les infirmières pivots. Et je pense qu'elles sont... c'est central, là, dans le plan de lutte contre le cancer. Alors, je voudrais savoir si l'implantation de ces infirmières est terminée.

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

M. Bolduc: M. le Président, nous avons l'expert, celui qui a mis en place le système des infirmières pivots. C'est Dr Latreille, dans sa vie antérieure, là... qui pourrait venir nous en parler, et vous allez avoir un plaisir à l'écouter. On va demander au Dr Latreille de venir.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, avec le consentement des membres de la commission. Je vois qu'il y a un changement de places qui est en train de s'effectuer pour permettre au Dr Latreille de prendre la parole. Est-ce que j'ai le consentement de l'opposition?

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Oui? Ça va pour que le Dr Latreille prenne la parole? Ça va, les ministériels? Alors, je vais demander au Dr Latreille de se présenter pour les fins de notre diffusion des débats, et par la suite il aura la parole. Dr Latreille.

M. Latreille (Jean): Bonjour, merci. Mon nom est Jean Latreille. Je suis directeur de la Direction québécoise du cancer.

Pour répondre à votre question des infirmières pivots, dans le programme québécois, qui est encore un programme exemplaire, qui est sorti en 1998, ce programme-là demandait qu'on mette en place des intervenants pivots. Et, dès 2000, on a commencé à le mettre en place en Montérégie. C'était un projet de démonstration des infirmières pivots. Il y en a environ 250. On a besoin...

Pour répondre à votre question, est-ce que c'est terminé? Non, ce n'est pas terminé. Ça ne sera jamais terminé, dans le sens que le nombre de patients atteints de cancer augmente, et ça, c'est à cause du vieillissement de la population en grande partie. Et donc on va avoir besoin de plus d'infirmières. Mais déjà, avec 257, là, ou aux alentours de, le chiffre... chaque établissement a son infirmière pivot, et les patients... D'ailleurs, dans l'étude Statistique Québec, là, qui a été faite par l'Institut de la statistique, qu'on va refaire d'ailleurs à l'automne, là, c'était l'élément qui faisait que les patients appréciaient beaucoup leurs soins en santé.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Hull, question complémentaire.

Mme Gaudreault: Vous avez tout à fait raison parce que, moi, je viens d'une région où il y a une grande pénurie de médecins, et c'est pour ça que c'est déterminant de pouvoir inclure des infirmières pivots, comme le Dr Latreille l'a mentionné. Et, vous savez, pour le patient, ça ne fait pas tant de différence que ce soit une infirmière pivot ou le médecin. Ce qui compte, c'est d'avoir le bon soin au bon endroit, au bon moment. Et je pense que l'arrivée de ces infirmières va faire un changement... va révolutionner, je pense, le réseau de la santé puisqu'on ne verra plus cette dispensation de soins de la même façon.

Là, vous me faites signe qu'il ne me reste plus beaucoup de temps.

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

Mme Gaudreault: Deux minutes? Alors, on peut poursuivre.

Vous savez, lorsqu'on obtient un diagnostic de cancer, il est très angoissant d'attendre d'avoir accès à la radiothérapie. Puis c'est toujours en lien avec le Centre de cancérologie que nous avons ouvert récemment en Outaouais. Quelle figure fait le Québec dans le délai d'accès aux traitements de radiothérapie, Dr Latreille?

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

M. Bolduc: Bien, comme je l'ai dit précédemment, on est les meilleurs au Canada avec la Saskatchewan, c'est-à-dire c'est 99 % des gens qui reçoivent leurs traitements à l'intérieur de quatre semaines.

Où le Québec également se démarque énormément, c'est l'organisation au niveau de la tomographie par émission de positrons, là, ce qu'on appelle les TEPscans, où on est les meilleurs au Canada. D'ailleurs, au Québec on a une stratégie de déploiement du TEPscan qui est complémentaire au traitement du cancer parce que ça nous prend des meilleurs diagnostics. Et donc, au niveau de la radiothérapie, l'organisation en médecine nucléaire pour les TEPscans, on est vraiment les meilleurs.

Pour un peu compléter aussi par rapport aux intervenants pivots, ça a changé l'organisation des pratiques parce que les patients sont pris en charge différemment: de façon constante par la même personne. Et ça a permis également de dégager du temps pour les médecins qui, eux autres, peuvent se consacrer à leurs compétences.

Et d'ailleurs j'avais rencontré quelqu'un de Toronto qui était dans le milieu du cancer puis qui disait qu'en Amérique du Nord — on parle dans l'Amérique du Nord, là — le Québec était reconnu à deux niveaux. Au niveau de l'innovation d'abord, les maisons de soins palliatifs... la première maison de soins palliatifs en Amérique du Nord a été implantée à Québec avec la Maison Michel Sarrazin. Et le deuxième que les autres provinces regardaient comme étant un modèle canadien, c'étaient les intervenants pivots. Puis Dr Latreille est trop modeste pour le reconnaître, mais, si ça a été mis en place au Québec, c'est parce que le Dr Latreille avait travaillé sur le dossier lorsqu'il s'est occupé du cancer ici, au Québec. Donc, c'est vraiment des endroits où ce qu'on a été innovateurs.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, ça termine ce bloc du parti ministériel, et je vais aller du côté de l'opposition officielle. Et j'ai le plaisir d'accueillir Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve ici, à nos crédits Santé... Services sociaux, Santé et je lui cède la parole. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de services... en matière...

Mme Poirier: ...d'ainés.

Le Président (M. Sklavounos): ...d'ainés, c'est ça. Vous avez la parole.

Mme Poirier: Alors, merci, M. le Président. Alors, écoutez, ma question va être assez courte, mais je sais que la réponse du ministre va être beaucoup plus longue. Mais je l'espère, qu'elle sera courte parce que j'aimerais qu'il soit très précis dans sa réponse.

J'aimerais savoir quels sont ses projets pour Maisonneuve-Rosemont à la lumière du plan maître immobilier de sa directrice générale. Et je veux savoir où en est l'approbation de ce plan, qui est d'une envergure importante, important pour l'est de Montréal. Et je veux aussi connaître l'intention ferme du ministre à ce moment-ci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. M. le ministre.

● (15 h 20) ●

M. Bolduc: Merci beaucoup de la question. Hein, c'est un projet que je suis déjà depuis deux à trois ans. J'ai toujours été en contact très, très serré avec l'établissement. Et c'est suite à notre discussion avec Manon Boily qu'il avait été décidé que ça prenait un plan de développement immobilier global pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. C'est un hôpital qui a besoin d'être rénové de façon majeure. Donc, c'est un projet d'environ 995 millions de dollars qui va se faire sur une période un peu comme l'Hôtel-Dieu de Québec, où il faut agrandir et par la suite rénover.

Et déjà, dans les 995 millions de dollars, il y a une partie qui est déjà actualisée, que nous avons déjà annoncée, qui est l'urgence. Donc, il y a un projet de 65 millions qu'il fallait commencer par l'urgence. Et justement j'ai parlé avec Mme Boily cette semaine. On s'est rencontrés à Montréal pour savoir la suite... suite au dépôt du projet. La prochaine étape, c'est l'étape de l'avis de pertinence qui va être faite au niveau du ministère. Par la suite, on va regarder comment on va l'actualiser. Une des grandes étapes qu'on voudra... qu'on va vouloir réaliser, c'est la construction d'un bloc central de 250 millions de dollars pour permettre... par la suite, une fois que ça, c'est construit, être capables de dégager des espaces pour pouvoir les rénover.

Donc, c'est un projet que j'ai dit publiquement, lors de leur soirée de la fondation, il y a déjà six mois, que nous supporterions. C'est un besoin... C'est un projet qui est nécessaire pour Montréal et c'est un projet que nous allons suivre une séquence logique, mais je vous dirais que c'est un projet qui va se réaliser. Mais, ce qui est intéressant, déjà on a commencé, avant même que le PDI avait été développé, parce qu'il y avait la rénovation de l'urgence qui était la première étape du grand projet.

Pour être bref, parce que je pourrais vous en parler pendant une heure, puis ça me ferait plaisir, je veux juste dire également: l'autre grand projet à Montréal, que ce n'est pas la raison de votre question... L'Hôpital du Sacré-Coeur également a un grand projet, un projet de développement immobilier de 400 millions de dollars, 450 millions de dollars. Juste pour vous dire qu'on va le supporter au même titre qu'on a supporté Maisonneuve-Rosemont parce que c'est deux hôpitaux qui ont besoin d'être rénovés.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Poirier: Alors, dans le fond, ce que j'aimerais savoir du ministre... Je comprends qu'il va le supporter, qu'on en est encore à des prémisses. Quand je vois des documents de cette ampleur-là de la part de Maisonneuve-Rosemont, on n'en est plus à des prémisses. Est-ce que le ministre peut nous confirmer qu'il nous fait l'annonce qu'il y aura un projet de 890 millions à Maisonneuve-Rosemont?

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

M. Bolduc: Est-ce que je fais l'annonce? C'est parce qu'on ne peut pas annoncer tant que les argents ne sont pas réservés. Mais là l'étape, c'était... la première étape, c'était de déposer le projet. Nous allons aller chercher l'avis de pertinence mais en temps et lieu. C'est un projet qui va se réaliser sur plusieurs années parce qu'il faut qu'il se réalise de façon séquentielle. On ne peut pas faire l'annonce parce qu'il faut que je réserve l'argent, mais je peux vous dire que c'est un projet qu'on va supporter grandement parce qu'il est nécessaire, pour la région de Montréal, d'avoir un hôpital Maisonneuve-Rosemont rénové au complet.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve, ça va? Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Pour continuer dans la même foulée, sur l'est de Montréal, si on fait le projet de Maisonneuve-Rosemont, tel que la députée d'Hochelega-Maisonneuve vient de le rapporter, est-ce qu'on va avoir encore besoin d'un hôpital dans l'est de Montréal?

M. Bolduc: La réponse, c'est oui. Dans la planification du développement de Montréal, ça prend un hôpital dans le secteur de Rivière-des-Prairies à cause du vieillissement de la population. Également, quand on regarde... il y a une logique. Puis j'ai déjà rencontré les gens de Maisonneuve-Rosemont, qui sont d'accord avec le principe. C'est que Montréal... avec le vieillissement, la croissance de population de tout le secteur, il faut que Montréal se développe plus de capacités en termes d'hospitalisation et en termes de rééquilibrage. Et, quand vous regardez Montréal, dans le coin de Rivière-des-Prairies, il y a un trou où les gens doivent aller un peu plus loin. Ils ont de la difficulté.

Je vois hocher, de façon négative, la tête de la députée de Maisonneuve. Je voudrais juste compléter ma réponse...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y.

M. Bolduc: ...M. le Président. C'est bien important, bien important.

C'est parce que, quand vous regardez la logique géographique de la région de Montréal, dans ce secteur-là, si vous ne construisez pas d'hôpital, Maisonneuve-Rosemont et Santa-Cabrini, pour une population de 600 000, ils vont avoir des ressources qui vont être insuffisantes. Il faut rééquilibrer Montréal de cette façon-là.

Puis, entre autres, à Montréal, on développe des groupes de médecine de famille, on est en train de rééquilibrer l'offre pour les personnes âgées, ça fait que c'est tout un plan d'organisation pour l'est de Montréal qu'on est en train de mettre en place. Entre autres, on gère l'est de Montréal avec le pôle des trois CSSS, Pointe-de-l'Île, Lucille-Teasdale, Saint-Léonard—Saint-Michel, de façon à ce que la population puisse avoir tous les services nécessaires.

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

Mme Maltais: La question était brève, la réponse a été plutôt longue. C'est correct, mais il ne faut pas trop en prendre une habitude. Mais la question que je me posais immédiatement, ça a été... Vous avez ciblé Rivière-des-Prairies. Il y a plein... Il y a Pointe-aux-Trembles, il y a Bourget. Pourquoi Rivière-des... Est-ce que ça a été... c'est un avis du ministère comme quoi l'hôpital doit être situé à Rivière-des-Prairies?

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

M. Bolduc: C'est tout simplement une approche géographique. C'est que, quand vous regardez la carte de Montréal, le bassin de population qu'il y a dans ce secteur est non couvert par des services à proximité, alors que déjà Maisonneuve-Rosemont va couvrir une partie de l'autre secteur, qui... jusqu'à Pointe-de-l'Île, qui... jusqu'à Pointe-aux-Trembles, et la clientèle de Pointe-aux-Trembles consulte en partie à Pierre-Le Gardeur, en partie à Maisonneuve-Rosemont. Mais, quand vous regardez géographiquement, il y a une logique à mettre ça à cet endroit-là. Mais, si jamais les expertises nous démontrent que ça doit être installé ailleurs, on le regardera. Mais déjà, nous autres, on a eu des rapports de l'agence de Montréal nous démontrant que le meilleur endroit est là. En plus, l'avantage qu'il y a, c'est déjà un grand terrain qui appartient au gouvernement, au ministère, donc on n'a pas de nouveau terrain à acquérir. Et logiquement, quand vous regardez la carte, ça fait du sens.

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

Mme Maltais: Il faut regarder la carte, il faut regarder les aires de circulation aussi. C'est un endroit exactement... où il n'y a pas d'axe nord-sud, donc ça va prendre probablement plus de temps à aller là qu'à aller à Maisonneuve-Rosemont. Ça ne règlera probablement pas le problème de Maisonneuve-Rosemont.

J'invite le ministre non pas à identifier immédiatement un terrain mais bien à faire les études nécessaires pour que l'hôpital, s'il existe un jour, soit véritablement accessible et non pas positionné selon un espace géographique que je serais bien curieuse de questionner un jour si ça arrive. Voilà pour le... Donc, prenez votre temps et usez d'un peu plus d'intelligence autre que géographique.

M. Bolduc: ...peux répondre?

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

M. Bolduc: En passant, ce n'est pas une intelligence géographique, c'est une intelligence pour répondre aux besoins des patients le plus près possible d'où ils demeurent. Et également c'est de rééquilibrer Montréal parce qu'il y a trop de pression sur Maisonneuve-Rosemont, il y a trop de pression sur Santa-Cabrini tout simplement parce qu'il y a 600 000 de population qui sont couverts en pratique par deux hôpitaux. Il y a l'Institut de cardiologie également qui est dans le secteur, mais, l'Institut de cardiologie, sa spécialité, c'est la cardiologie. Mais, comme on dit, c'est des travaux que nous sommes en train de faire, il n'y a pas d'annonce qui a été faite par rapport à ça. Mais c'est du positionnement qu'il faut regarder.

L'autre affaire — c'est important d'y penser — un peu comme l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges, ça prend 15 ans, construire un hôpital. Ça fait que, si aujourd'hui on n'émet pas l'idée puis on ne fait pas les travaux préliminaires pour le faire, quand on va arriver dans 15 ans, on va être malheureux de savoir qu'il y en a qui n'ont pas pris leurs responsabilités de prendre la décision 15 ans avant.

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

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Ça va pour ce volet «montréal-estais», qu'on vient de commencer à aborder à peine.

Je veux revenir sur... Là, j'ai profité de la présence de ma collègue, qui était disponible en ce moment, mais je veux revenir sur le débat de ce matin sur le FINESSS. Le rapport du Vérificateur général du Québec nous dit qu'il y a 77 millions de dollars sur les 252 millions inscrits à titre de dépenses du fonds qui sont allés à des établissements publics ou privés, mais qu'il y a 77 millions qui sont, j'oserais dire, illégaux puisque le ministre lui-même a avoué qu'il utilise le FINESSS à des endroits... ou d'une manière qui n'est pas légale. Bon. Donc... Et le Vérificateur cible particulièrement des organismes sans but lucratif, effectivement: des universités, des boursiers.

Est-ce que le ministre pourrait déposer aux parlementaires dans un échéancier un peu plus normal la ventilation de ce 77 millions de dollars? Puisqu'il y a eu un rapport du Vérificateur, il a sûrement été curieux, lui aussi, de vérifier où était allé cet argent.

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

M. Bolduc: Bien, la réponse, c'est: Oui, on va le déposer. Mais, juste pour expliquer...

Le Président (M. Sklavounos): ...vous vous engagez à déposer, auprès du Secrétariat de la commission, ce document, M. le ministre, concernant la ventilation?

M. Bolduc: Oui. Il y a... Oui, M. le Président.

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

M. Bolduc: Mais là je veux juste qu'on... bien expliquer que ce qu'on a fait, c'est du développement logique pour répondre aux besoins des clientèles. Et, comme de fait, la loi ne nous permettait pas toujours de mettre l'argent au bon endroit pour le service aux patients, donc c'est pour ça qu'il va y avoir une modification de la loi pour s'assurer qu'on utilise bien l'argent. Et on ne s'est pas encarcené dans une idéologie en disant: C'est absolument comme ça, on est allés vraiment selon le principe de la réponse aux besoins des clientèles puis aux besoins des populations.

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

Mme Maltais: Oui. Donc, le ministre vient bien de nous expliquer qu'il l'a fait de façon illégale... dans un bon vouloir mais d'une façon illégale.

L'autre chose que je veux savoir: Dans l'utilisation des dépenses du FINESSS, le ministre nous dit qu'en 2011-2012 il y a eu pour 130 millions de dollars de soins oncologiques. Est-ce qu'il y a eu... Quelle est la nouveauté? Est-ce qu'on a ajouté des cas? Est-ce qu'il y a eu de nouveaux traitements pour 130 millions de dollars en soins oncologiques? Quelle est la nouveauté dans ce 130 millions de dollars?

Et je vais vous dire pourquoi je pose la question. Je veux vérifier si le FINESSS... ce n'est pas simplement un déplacement de l'argent. C'est supposé être de nouvelles activités. Je veux apprendre quelles sont les nouvelles activités en matière de soins oncologiques. Il y en a pour 130 millions de dollars. Ça aurait dû, normalement, si ce n'est pas une nouvelle activité, être fait à l'intérieur des budgets du ministère.

● (15 h 30) ●

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

M. Bolduc: M. le Président, un des endroits où est-ce qu'il y a le plus de croissance de besoins de santé, c'est en oncologie, tant au niveau des médicaments qu'au niveau de la radiothérapie, qu'au niveau de la chirurgie. À chaque année, il y a plus de cas qui sont opérés, et, à chaque année, j'ai plus de traitements de radiothérapie.

Et, juste pour vous donner un exemple, la députée de Hull l'a dit tantôt, on est allés ouvrir puis inaugurer le centre d'oncologie... du cancer de... qui est situé à Gatineau. Récemment, on a inauguré le centre du cancer de Laval, qui était déjà en cours depuis un certain temps. De plus, là, toutes les nouvelles molécules qu'on a... Ça fait que, globalement, l'augmentation du volume en oncologie, il est financé en grande partie par le FINESSS qui... ça va devenir, à ce moment-là, un montant qui va être récurrent. Mais ça répond au principe des imputations budgétaires, c'est-à-dire que, globalement, il y a des coûts supplémentaires en oncologie qu'il faut assumer, et puis, ces coûts-là supplémentaires, bien, on les assume via le FINESSS.

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

Mme Maltais: Très bien. Alors, l'année dernière, il y avait combien de développement... de budget de développement en oncologie? Avant 2011, parce qu'en 2011-2012 on a pris 130 millions dans le FINESSS. En 2010-2011, est-ce qu'il

y avait zéro développement parce qu'il y avait zéro dollar qui était pris dans le FINESSS? Quel était le montant de développement?

Ce que j'essaie de comprendre, c'est si on a utilisé le FINESSS pour l'augmentation normale de fonctionnement du réseau ou si véritablement, comme c'était supposé... ce pourquoi... ça a été utilisé pour ce pourquoi c'était supposé être utilisé, c'est-à-dire de nouveaux développements. Ce dont vient de me parler le ministre, il y a entre autres un des centres en oncologie qu'il vient d'inaugurer. Il n'a pas eu le temps d'y faire pour 130 millions de dollars d'activité.

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

M. Bolduc: Mais, globalement, le montant a été dédié à l'oncologie, et la majorité des montants... Il y a une bonne partie du montant, même la majorité, c'est des nouveaux services qui sont faits, puis, comme de fait, il y a quand même des investissements qui ont été faits au cours de la dernière année, des deux dernières années, qui ont été financés en partie par le FINESSS.

Puis on va vous donner un autre exemple. L'arrivée des maisons de soins palliatifs, bien, c'est financé à partir du FINESSS. Donc, c'est des nouvelles structures qu'on met en place pour s'occuper des personnes qui sont en phase terminale. Donc, ce qui est prévu, c'est que les maisons de soins palliatifs, pour le financement qui est fourni par le gouvernement... va être également fourni par le FINESSS. On en avait déjà en place qui fonctionnaient, mais les nouvelles maisons sont financées à partir du FINESSS.

C'est d'ailleurs pour ça que le FINESSS est intéressant. C'est que, quand les gens voient à quoi sert le FINESSS, en termes de services, ça permet de donner des soins directs à la population.

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

Mme Maltais: Donc, quand on annonce pour 160 millions de dollars en dialyse l'année prochaine, ça veut dire qu'il y aura pour 160 millions de dollars de nouvelles activités en dialyse. Si je suis la logique du ministre, là, ou bien le FINESSS est là pour des nouvelles activités, ou bien il est là pour... il est dans le financement régulier du réseau. Alors, le FINESSS, il a été créé pour de nouvelles activités, le développement de nouvelles activités. Moi, tout ce que je comprends du ministre, là, c'est que le FINESSS, c'est devenu un pacte santé. Il n'est plus utilisé pour de nouveaux développements, il est utilisé pour l'augmentation du volume dans les activités usuelles du ministère.

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

M. Bolduc: La réponse, c'est oui, c'est pour... s'il y a du volume supplémentaire, il est financé par le FINESSS. Ça, c'est du développement que l'on fait. Donc, c'est pour ça qu'on ne peut pas juste avoir des nouvelles activités. Il y a le volume supplémentaire et également, dans le FINESSS, l'année d'après, le financement du FINESSS, ce n'est pas de nouvelles activités. Le financement du FINESSS qui est présent va être pour financer les activités qui ont déjà été financées par le FINESSS. Sinon, ça va devenir un système impossible à gérer.

Donc, autrement dit, ce qui est mis en place, il va être financé pour tout le temps avec l'argent qui provient du FINESSS et non pas des nouvelles activités. Et le FINESSS était prévu comme ça également. Il n'y a pas de surprise là-dedans. Le FINESSS a été mis en place pour des nouvelles activités qu'on met maintenant, qui, l'année prochaine, en récurrence, vont être financées encore par le FINESSS et non pas prises en charge par le système de santé.

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

Mme Maltais: M. le Président, je vais arrêter là et je vais probablement revenir, parce que ça ne marche pas, à mon avis. J'ai un doute. Je veux bien comprendre ce que dit le ministre puis je vais aller revérifier à quoi les annonces du FINESSS... à quoi il devait servir, puis j'ai hâte de voir combien il y a véritablement de nouvelles activités qui étaient prévues et qui sont fournies par le ministère. Je vais arrêter là pour le moment, mais je pense qu'on va revenir là-dessus.

Pour en finir avec les chiffres, c'est probablement ma dernière question là-dessus, dans le document qui nous a été déposé sur la différence de croissance de 3,4 % au lieu de 5 %, je comprends bien le document, une partie, bon, il y avait les dépenses liées à l'équité salariale. En fait, ce qu'on nous dit, c'est qu'il y a eu relèvement de dépenses en 2010-2011 et que, suite... à cause de ça, entre les deux années, il y a un espace budgétaire d'à peu près 1,5 %, 1,6 % qui s'est dégagé.

Dans les deux explications, il y a 118 millions pour les dépenses liées à l'équité salariale, mais il y a 272 millions à la suite de changements des conventions comptables. Quels sont ces changements, et où est-ce que je peux les retrouver dans les cahiers d'explication des crédits?

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

M. Bolduc: M. le Président, je vais demander à notre expert de venir expliquer ça, parce que c'est vraiment des changements comptables dans lesquels je n'aurai aucune crédibilité. Donc, on va demander à M. François Dion de venir expliquer le changement comptable.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, avec le consentement des membres, M. Dion, vous aurez à vous présenter et, par la suite, vous aurez la parole.

M. Dion (François): Oui. Alors, oui, François Dion, directeur général au budget et aux politiques de financement au ministère de la Santé. Oui, madame, essentiellement, ça touche des modifications. Ce qu'il faut voir, c'est qu'on a changé au cours de cette année-là, on s'est adapté aux conventions comptables canadiennes et internationales qui... Il y a eu d'importantes modifications.

Je vais donner un exemple juste pour illustrer des changements au niveau des pratiques au niveau de l'amortissement. Donc, ce que ça a comme incidence: on doit corriger rétroactivement les effets d'une façon de comptabiliser et d'amortir certains actifs. Alors, ce que ça a comme incidence, c'est qu'on doit rétroagir à une année donnée, faire la correction et, par la suite, utiliser les nouvelles méthodes.

L'information reliée principalement aux montants qu'on a précisés, c'est-à-dire 272 millions, je ne l'ai pas ici, mais, à ce moment-ci, il est à l'intérieur des comptes publics qui ont été précisés au cours de l'année 2010-2011, lors de l'année qu'il y a eu la correction proprement dite. Je pourrais vous retracer l'information puis venir vous la redonner, en conséquence, un peu plus tard.

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

Mme Maltais: Tout simplement, si on peut nous envoyer la référence dans les comptes publics où est-ce qu'on va la retrouver, à ce moment-là on l'utilisera puis on ira vérifier ça.

Le Président (M. Sklavounos): ...M. le ministre, qu'on va fournir ce document-là aux quelques demandes.

M. Bolduc: Oui, M. le Président.

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

Mme Maltais: Il nous reste combien de temps pour ce bloc?

Le Président (M. Sklavounos): 1 min 30 s, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Une quoi?

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

Mme Maltais: 1 min 30 s.

Le Président (M. Sklavounos): Je vous dis exactement le temps qu'il vous reste.

Mme Maltais: D'accord. Je pense que, si c'est possible, je l'utiliserai dans le prochain bloc.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, je vais regarder du côté du parti ministériel et céder la parole à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Oui, merci beaucoup, M. le Président. Puisque le sujet de la lutte contre le cancer est un mandat important de notre gouvernement, je vais revenir sur cet enjeu-là. Ce que le Dr Latreille disait tout à l'heure, c'est que vraiment notre gouvernement a réussi l'exploit de donner l'accès à des services de radiothérapie à 99 % des patients dans un délai de quatre semaines. Et je pense que, justement, l'ouverture de ces nouveaux centres de radiothérapie en Montérégie, à Laval, et, nous aussi, à Gatineau font en sorte qu'on est demeurés les leaders en la matière.

Juste à titre de comparaison, en 2003, il y a seulement 57 personnes... pardon, 57 % des patients qui pouvaient obtenir des services dans ce délai-là. Et même, en 2002, le gouvernement en place avait même expédié plus de 1 600 patients aux États-Unis pour obtenir des services. Alors, nous, on a vraiment cette priorité à coeur, et c'est pour ça qu'on offre et qu'on engage des... qu'on fait des investissements importants pour lutter contre le cancer.

Et je me rappelle, lors du discours inaugural de notre chef en février 2011, il avait annoncé la création du registre québécois du cancer. Ça, ça amenait à améliorer les soins et les services. Maintenant, je sais qu'il y a plusieurs citoyens qui se questionnent par rapport à l'ensemble des services offerts à ce registre et à quoi ça sert au juste ce registre-là. Alors, j'aimerais ça questionner le Dr Latreille concernant précisément le registre.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. Sur le même consentement, Dr Latreille.

● (15 h 40) ●

M. Latreille (Jean): Oui, merci. Le registre, c'est ce qui nous permet de savoir qu'est-ce qu'on fait de bien puis qu'est-ce qu'on fait de mal. Ça nous permet de savoir si nos politiques de dépistage fonctionnent ou si elles fonctionnent moins bien. Ça nous permet de savoir aussi en fonction... que, si, dans telle région du Québec, il y a beaucoup de cancers du poumon, ça nous permet, avec la santé publique, de voir si c'est juste x, y, z qui est le problème dans cette région-là, donc ça nous permet d'adapter. Ça nous permet de savoir globalement: un registre, c'est... comment est-ce que la population québécoise... c'est quoi, l'incidence, c'est quoi, la mortalité, est-ce que le cancer, on le découvre tardivement ou on le découvre précocement? Donc, c'est un outil qui est très important pour nous autres.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Hull, question complémentaire.

Mme Gaudreault: Oui, c'est très important pour l'ensemble de la population, parce qu'on sait que, lorsqu'un proche a eu un diagnostic de cancer, bien, on est directement concernés. Ça augmente le nombre de dépistages à effectuer, tout ça, et je pense que le registre, j'imagine, va faire état de toutes ces associations-là suite à un diagnostic. Mais il y a eu certaines critiques par rapport à la mise en place du registre, et j'aimerais ça savoir, Dr Latreille, où est-ce qu'on en est finalement au Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Latreille.

M. Latreille (Jean): Oui, merci. Le registre québécois, en ce moment, est selon son agenda, et on suit les phases. Alors, le défi qu'on avait à faire, c'est d'aller d'un registre du Fichier des tumeurs, comme on l'appelait dans le temps, qui était basé sur MED-ECHO, qui est le registre qu'on a au Québec des hospitalisations et non sur la pathologie...

Donc, depuis 2010, on a travaillé pour que le changement d'inscription soit le rapport du pathologiste. Alors, je peux vous dire qu'il y a 50 laboratoires de pathologie et non 60, comme il a été dit quand on m'a entendu à la coalition, là. Il y a 50 établissements, et les 50 établissements nous soumettent des données. 2011 est fait, les 50 établissements ont soumis des données pour 2011 et la plupart ont déjà commencé à soumettre des données pour 2012.

Le plan, c'est qu'au cours de l'automne chaque établissement... Bon, le principe, au Québec, du registre, c'est que chaque établissement va avoir un registre local qu'ils vont ensuite... dont les données vont être envoyées au registre central qui va être hébergé à la RAMQ. Et, en ce moment, donc, le mandat de tout le monde, c'est d'avoir son registre local en place pour la fin de 2012, pour que le 1er janvier 2013, disons, enfin, très tôt en 2013, les gens soient capables d'envoyer leurs données à la RAMQ.

Le registre, à ce moment-là, va être un registre pathologiste, comme j'ai dit tantôt, basé sur le rapport de pathologie, mais va comprendre aussi toutes les données qui faisaient en sorte que les données du Québec... parce qu'il y en avait. Ce n'est pas que le Québec ne ramassait pas de données, mais, à cause d'une date de diagnostic qui était différente, pour rester technique, ça faisait que nos données n'étaient pas acceptables. Mais là tout va être acceptable.

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

Mme Gaudreault: Merci beaucoup. Alors, j'imagine que la création de ce registre va faire en sorte qu'on va aussi pouvoir être en mesure de dépister plus rapidement les cancers ou, en tout cas, avoir de l'information plus rapidement par rapport aux diagnostics qui sont posés partout au Québec. Je vais laisser Dr Latreille me corriger si ce n'est pas le cas, je ne suis pas une experte.

Mais je sais que le ministère aussi a mis en place un programme de dépistage pour le cancer colorectal. J'aimerais ça que vous nous parliez un peu de l'avancement de ce programme-là précisément.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Latreille.

M. Latreille (Jean): Oui. Si vous permettez, juste pour revenir, un registre ne nous dit pas si notre... ne parle pas du dépistage, là. Le registre donne des données de ce qui arrive et donc ne peut pas... juste pour clarifier ça.

En ce qui concerne le Programme de dépistage du cancer colorectal, écoutez, c'est un projet qu'on a décidé, vu l'ampleur, de faire... Dans un premier temps, on a identifié huit sites. Huit établissements au Québec servent de sites de démonstration. C'est toute une façon de faire qu'il fallait changer. Ces huit sites là, leur première tâche, c'était de se mettre à niveau, d'avoir des algorithmes de processus pour les patients, et il fallait qu'ils épluchent leurs listes d'attente. Donc, il fallait... c'est ce qu'on est en train de faire.

Le plan, c'est que le 1er septembre, ces sites-là vont être prêts à recevoir les premiers patients, c'est-à-dire à envoyer des lettres aux premiers patients pour que ceux-ci envoient un spécimen de selles pour que le test soit fait. Donc, on va tester ça pendant un certain temps, être certains que tout fonctionne bien puis, ensuite, tranquillement pas vite, on va... enfin, au rythme, là, on va incorporer d'autres sites par après. Mais, en ce moment, au début septembre, là, on devrait commencer, là, à solliciter à ce que des patients des réseaux locaux de santé des huit établissements puissent participer au programme de dépistage.

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

Mme Gaudreault: C'est très intéressant parce qu'on a parlé beaucoup de prévention, tout à l'heure, avec Dr Poirier. Et le dépistage en amont, c'est... des tests comme ceux-là sont très, très déterminants dans... pour contrer les diagnostics de cancer.

Puis, pendant que vous parlez de programmes comme ça, de dépistage, je veux saluer une autre initiative du gouvernement dans la mise en place d'un programme de vaccination gratuite pour le... contre le virus du papillome humain. Ça, ça a été établi en septembre 2008 pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Moi, je suis la mère de deux jeunes femmes, très jeunes, et... je veux dire, très jeunes, entre 17 et 20 ans. Alors, pour moi, elles ont pu bénéficier de ce programme-là, et c'est vraiment une très bonne nouvelle. C'est fait dans le cadre du réseau scolaire, puis moi, je pense, c'est une très, très bonne démarche, parce que ce type de cancer là, il arrive au deuxième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes de 20 à 44 ans. Alors, vous savez, on a toutes sortes d'enjeux du réseau de la santé. Si on peut y aller... prévenir en amont, moi, je pense que c'est une des façons avec laquelle il faut réagir.

Et, plus récemment, le ministre a rendu publiques les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, élaborées par l'Institut national de santé publique du Québec. Il a aussi été annoncé la mise en place d'un comité d'experts chargé de soutenir la mise en oeuvre et l'amélioration continue de ces lignes directrices. Le comité va travailler aussi à instaurer un système qui permettra aux femmes d'avoir accès aux meilleures pratiques médicales possibles, parce que, vous savez, la santé des femmes, c'est quelque chose auquel on se penche.

Moi, dans mon comté, j'ai le Centre de santé Gaïa, avec la Dre Nathalie Gamache, qui est une femme extraordinaire, qui a justement la santé des femmes à coeur puis qui vise à améliorer les services et les soins, précisément à la santé des femmes. Alors, je voudrais savoir, M. le Président, quelles étaient ces lignes directrices de ce comité-là et où en sont les travaux.

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

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais au Dr Marie Rochette, là, de nous expliquer tout ce qui concerne le dépistage du cancer du col, dont, entre autres, les lignes directrices.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, ça sera à la Dre Rochette. Levez la main pour la personne qui régit le son. Parfait. Alors, s'il vous plaît, identifiez-vous puis vous aurez la parole par la suite, sur le consentement des membres. Je regarde du côté... Oui, j'ai le consentement de l'opposition. Allez-y.

Mme Rochette (Marie): Alors, Marie Rochette. Je suis directrice de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes à la Direction générale de la santé publique, M. le Président.

Le comité... Les lignes directrices ont été demandées à l'Institut national de santé publique. On offre beaucoup de dépistage du cancer du col utérin au Québec. Toutefois, ce dépistage-là est offert très, très rapidement aux jeunes femmes... trop rapidement et est fait, chez certaines femmes, de façon trop fréquente, alors que d'autres femmes ne participent pas au dépistage. Donc, l'institut a produit, à partir d'une revue des meilleures données disponibles... a révisé quel était le meilleur test pour le dépistage, à partir de quel âge il devait être offert, ce dépistage-là, à quel âge il pouvait être cessé et également sa fréquence. Donc, les lignes directrices recommandent de débiter à 21 ans et de faire ce dépistage-là aux deux à trois ans, jusqu'à 64 ans, si les résultats des tests ont été normaux.

Évidemment, il y a des particularités pour des femmes qui auraient certains problèmes de santé particuliers, mais, en général, c'est ce que les lignes directrices recommandent, et un comité d'experts présidé par Dre Céline Bouchard a été mis en place pour s'assurer de la mise en oeuvre de ces lignes directrices. Ce n'est pas parce qu'existent des lignes directrices que nécessairement les médecins de famille, les infirmières, les gynéco-obstétriciens vont utiliser ces lignes directrices. Donc, son mandat, c'est de faire un plan de diffusion, de faire de la formation, également de venir soutenir les infirmières qui voudraient faire ce dépistage-là dans un contexte de centre de santé et de services sociaux, notamment pour libérer les médecins, particulièrement dans les régions où l'accès aux médecins de famille est difficile, donc développer les protocoles pour permettre à l'infirmière de faire ce test-là.

Également, le comité a le mandat d'identifier des normes pour améliorer la qualité, à la fois du dépistage, mais aussi de la prise en charge, une fois qu'une lésion a été détectée chez une femme, pour s'assurer que les médecins respectent vraiment les meilleures pratiques au niveau du suivi. Et un dernier mandat, qui est vraiment de voir l'accès et la qualité au niveau des laboratoires, à la fois aux tests de dépistage, mais également aux tests de confirmation diagnostique qui sont faits par après. Et tous ces travaux-là vont être soutenus notamment par une analyse pour voir quel pourrait être un système d'information qui permettrait à la fois d'inviter les femmes, de les rappeler après trois ans de dépistage, s'assurer du suivi chez les femmes qui ont un test anormal puis également être en mesure de suivre des indicateurs de performance et être capable de vraiment suivre la performance du Québec en cette matière-là.

● (15 h 50) ●

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

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, oui, la lutte au cancer, c'est du dépistage précoce et de bons soins de radiothérapie... (panne de son) ...les effets du cancer, et puis on a besoin de soins palliatifs.

Vous savez, moi, j'ai eu le plaisir, le privilège d'être la présidente de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Il y a certains membres de la commission qui sont ici même, M. le Président, Mme Laplante, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Alors, ça a été un exercice incroyable qui a duré deux années. On nous a beaucoup parlé de cancer, les cancers en fin de vie, qui nécessitaient des soins palliatifs, et tout ça. Et une des recommandations... D'ailleurs, on a déposé notre rapport le 22 mars dernier, ici, à l'Assemblée nationale, un rapport unanime avec 24 recommandations. Et plusieurs des recommandations touchaient précisément les soins palliatifs, puisqu'il s'est dégagé une unanimité, un consensus parmi toutes les personnes qui sont venues nous rencontrer, en précisant que c'est le soin... ça demeure le soin par excellence en fin de vie, les soins palliatifs.

Alors, j'aurai quelques questions concernant le déploiement de ces services au Québec. On estime que 70 % des personnes qui décèdent sont susceptibles de recevoir des soins palliatifs, et c'est ce qui représentait en 2011, il y a juste un an seulement, 44 000 personnes. Alors, on peut dire que notre ministre... Puis je dois le remercier aussi, parce que c'est... pour lui, c'est un enjeu d'extrême importance, puisqu'il l'a partagé à plusieurs... À plusieurs reprises, il a visité plusieurs maisons de soins palliatifs au Québec. Il a aussi pris des engagements déjà. Même avant de connaître les recommandations de notre rapport, le ministre, on peut dire, était déjà en mode action. Alors, je voudrais justement qu'il nous parle, M. le Président... qu'il nous décrive les démarches qui ont déjà été entreprises en la matière. Merci.

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

M. Bolduc: D'abord, je voudrais féliciter le comité qui a fait le travail. Puis ça, on tient à le dire, hein, c'est un comité dans lequel tous les partis étaient représentés, qui ont fait un travail remarquable. Personnellement, pour avoir lu plusieurs rapports de comités similaires à travers le monde, on est probablement le meilleur rapport actuellement qui a été fait au monde, parce qu'on avait déjà les histoires des autres, mais la façon dont il est rédigé et également les innovations par rapport à l'approche sont remarquables. Et je suis certain que ça va être un document qui va être lu partout. Donc, c'est un travail qui a été très bien fait.

Sans discuter de tout le dossier... puis on ne parlera pas aujourd'hui de l'aide médicale à mourir, mais parlons des soins palliatifs. La première recommandation, qui fait l'unanimité dans notre société, c'est un développement des soins palliatifs au Québec à tous les niveaux. Ça, je n'ai pas entendu personne dire que ça ne devait pas être la grande priorité, ne serait-ce que, si ça c'est bien développé, des cas difficiles, il va y en avoir moins.

L'autre élément, comme disait la députée de Hull, avant même que le rapport sorte, on avait quand même fait des travaux au niveau du ministère. Et, pour nous, c'était une priorité. On attendait tout de même la sortie du rapport pour être sûrs que ça allait être concordant avec notre plan, mais déjà on a mis des mesures en place, puis je vous dirais que les soins palliatifs, il y a quelques niveaux.

La première chose, quand on parle de soins palliatifs, ce n'est pas seulement que pour le cancer. C'est toute personne qui est en fin de vie et qui a besoin de soins palliatifs. Ça peut être une maladie dégénérative, ça peut être une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou ça peut être tout simplement une personne très âgée en fin de vie. Donc, les soins palliatifs, la majorité, c'est le cancer, parce que c'est la maladie qui est la plus prédominante, mais ce ne sera pas que du cancer.

Deuxièmement, c'est une approche humaine. Et, troisièmement, les soins palliatifs apparaissent lorsque souvent le médical ne peut pas rien faire pour guérir, et qu'on tombe dans un autre mode de soins qui est justement un soin de fin de vie. L'autre élément où on veut agir, c'est philosophiquement. On va favoriser, pour ceux qui veulent et qui peuvent, le plus possible avoir des soins palliatifs à domicile. Donc, c'est un renforcement de notre première ligne, avec les CLSC qui sont déjà très bons, d'offrir aux gens qui peuvent et qui veulent...

Là, je vais faire la nuance. Quelqu'un qui ne veut pas, c'est un choix. En tout cas, moi, au niveau éthique, si quelqu'un dit: Moi, je veux avoir un autre endroit comme dans une maison de soins palliatifs, c'est son choix. «Qui peuvent», on le sait, c'est que, le meilleur endroit au Québec, en termes de pourcentage de gens qui... qu'on offre des soins palliatifs et qui meurent à domicile, c'est le CSSS d'Arthabaska, qui est à 50 %. Parce que pour mourir à domicile, ça prend plusieurs conditions. Un, ça prend un patient qui veut, deuxièmement, ça prend une condition médicale qui puisse être faite à domicile, ça prend du support des proches puis ça prend également des soins. Pour les... s'agit des soins, on va les fournir, mais, pour les autres, les conditions ne sont pas toujours remplies.

Donc, on va offrir le développement des soins à domicile pour les soins palliatifs. Deuxièmement, si on ne peut pas mourir à la maison, il faut mourir comme à la maison, d'où le développement des soins palliatifs partout au Québec. Dans chacun des CSSS du Québec, on veut avoir des lits de soins palliatifs. Généralement, la norme qu'on est en train de se fixer, c'est, lorsque vous avez 30 000 à 40 000 de population et plus, ça permet d'avoir une maison de soins palliatifs indépendante. Lorsque c'est moins que ça, compte tenu du nombre de lits, qui est de un lit par 10 000 personnes, c'est difficile d'avoir une maison de deux ou trois lits, donc, on va plutôt essayer de les regrouper à l'intérieur de nos installations, soit CHSLD ou hôpitaux de courte durée. Donc, on va développer un réseau de soins palliatifs avec des maisons de soins palliatifs partout au Québec. Et déjà les commandes ont été faites au niveau des CSSS, et vous voyez souvent des nouvelles maisons qui vont ouvrir. Et la norme qu'on veut avoir, c'est un lit par 10 000 personnes.

Le troisième niveau, c'est que les gens qui, parfois, sont à l'hôpital, ou sur des unités de soins palliatifs dans les hôpitaux, ou encore dans un CHSLD... c'est de leur offrir les soins palliatifs avec la philosophie des soins palliatifs, c'est-à-dire c'est les mêmes normes de soins, sauf que ça s'est fait dans un milieu différent. Donc, c'est notre plan qu'on a ici, au Québec. C'est un plan qui est avancé. Déjà, on a commencé à le déployer, mais, comme je disais, on attendait la sortie du rapport pour en arriver un petit peu tard avec des annonces officielles, mais déjà les orientations sont données au réseau de la santé.

Et moi, personnellement, je pense qu'au Québec on est un des endroits les plus avancés au monde, surtout qu'avec le rapport, lorsqu'on va avoir finalisé la mise en place, je pense qu'on va être capable d'avoir un réseau qui va être à la grandeur du Québec, et partout, quel que soit l'endroit que vous soyez, vous allez être en droit de recevoir les meilleurs soins palliatifs qu'il est possible d'offrir. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste une trentaine de secondes. On va reporter ça au prochain bloc.

Et je vais céder la parole immédiatement à M. le député de La Peltre pour un bloc de 20 minutes. M. le député de La Peltre, la parole est à vous.

M. Caire: Merci, M. le Président. D'abord, saluer le ministre de la Santé et tous ceux qui l'accompagnent — je vous mets au défi de tous me donner leurs noms, M. le ministre — saluer ma collègue de Taschereau et vous dire que ça me fait plaisir de revenir aux études de crédits de la Santé. Peut-être un peu rouillés, mais on va essayer de... on va essayer d'être pertinents quand même, M. le ministre.

On va commencer avec un sujet qui m'intéresse beaucoup, comme vous le savez, le monde du préhospitalier. Le gouvernement, suite au rapport Gauthier, avait mis en place cinq projets pilotes pour la réorganisation du travail, notamment pour vérifier la capacité d'augmenter la couverture avec les horaires de faction.

Je vois que les rapports qui ont été déposés, le ministère ne les a pas trouvés concluants sur l'efficacité, malgré une diminution, si je comprends bien, de trois minutes dans les délais de réponse pour les cas de priorités 1 et 3. Le ministère dit qu'il n'y a pas eu d'impact significatif sur l'indice de morbidité.

Est-ce que le ministre peut me dire, là — parce que, ces chiffres-là, on ne les a pas, là — les statistiques de morbidité dans le cadre des projets pilotes? Alors, est-ce que le ministre pourrait nous donner ça, là, pour qu'on puisse évaluer en quoi diminuer un délai de réponse de trois minutes n'a pas d'impact, dans le fond, sur l'efficacité du délai de réponse?

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

M. Bolduc: Bien, M. le Président, je demanderais au Dr Daniel Lefrançois de venir parler parce que c'est notre expert en soins préhospitaliers. Mais j'aimerais quand même, avant que Dr Lefrançois prenne la parole, expliquer une notion en urgence qui est très importante. Quand j'étais médecin d'urgence... Souvent, on a tendance à juste regarder le temps, mais il y a parfois d'autres façons de faire que par les ambulanciers pour avoir une meilleure réponse, puis on parle des premiers répondants. Et souvent, déjà, quand vous êtes à une certaine distance, juste le fait d'appeler l'ambulance, si la personne est en arrêt cardiaque, le délai, souvent, va déjà être expiré pour avoir plus de chances de réussir. Donc, ça nous prend d'autres stratégies puis c'est ça qu'on veut mettre en place.

Mais je vais demander au Dr Lefrançois, qui est vraiment notre expert au Québec sur les soins préhospitaliers, de venir expliquer les rapports des projets...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lefrançois...

M. Caire: ...préhospitaliers, de grâce, parce que j'ai juste 20 minutes.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, si je comprends bien, il n'y a pas de consentement. Alors, M. le...

● (16 heures) ●

M. Caire: Oui, oui. Oui. Non, non. Oui, oui, il y a consentement, mais je veux juste une réponse à ma question, là. Je ne veux pas...

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, pour le moment, il n'y a pas de consentement. On veut la réponse, et par la suite il y aura un consentement. M. le ministre.

M. Bolduc: Il est d'accord pour le consentement...

M. Caire: Oui, oui. Non. Qu'il me réponde, mais qu'il me réponde sur la question. Juste sur la question.

Le Président (M. Sklavounos): O.K.

M. Bolduc: ...mais il veut qu'on réponde à sa question.

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

M. Bolduc: Dr Lefrançois.

M. Lefrançois (Daniel): Je peux vous répondre...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lefrançois peut rester où il est. Est-ce que le technicien l'a repéré? Parfait, alors on a le son. Dr Lefrançois, vous avez à vous identifier. Par la suite, vous aurez la parole.

M. Lefrançois (Daniel): Daniel Lefrançois. Je suis directeur à la Direction nationale des urgences, services préhospitaliers et traumatologie.

Bien, grossièrement, en ce qui concerne les suites de l'évaluation qui avait été faite par l'INESSS dans le temps, l'ancienne ETMIS, si on veut, de ce côté-là, sur la morbidité et sur l'efficacité au niveau des temps réponse pour les projets pilotes, il y a eu deux choses différentes qui est arrivée à l'évaluation.

En ce qui concerne toutefois votre question précise sur la morbidité, six mois d'évaluation des suites au niveau de certains centres hospitaliers faite par les gens du projet d'évaluation du côté scientifique n'ont pas démontré de tendance statistiquement probante sur l'atteinte à la morbidité. Donc, il n'y a pas eu un changement très, très... il n'y a pas eu de changement probant statistiquement évalué là-dessus. C'est une question, comme disait M. le ministre, excessivement difficile parce que la morbidité est dépendante d'un tas de facteurs qui... dont le temps d'intervention préhospitalier n'est qu'une infime partie.

Ce qu'on a conclu au ministère à l'évaluation de tout ça et en comparaison des données qu'on avait, c'est que la transformation des projets pilotes n'a pas amené une diminution de morbidité, mortalité de façon notable sur les cinq projets qui ont été présentés.

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

M. Caire: Docteur, par contre, est-ce que c'est possible d'avoir les chiffres? Parce que... En fait, l'essentiel de ma question, c'était ça: Est-ce que c'est possible d'avoir les chiffres puis de pouvoir nous-mêmes évaluer la pertinence, là, de tout ça? Est-ce que c'est...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lefrançois.

M. Lefrançois (Daniel): Les données qui ont été publiées sont dans le rapport que le ministre... On pourra le déposer. C'est le rapport que le ministre... l'ETMIS, c'est-à-dire, avait déposé au ministère à la fin de l'évaluation du projet pilote. On pourra le déposer et demain on aura la situation.

Le Président (M. Sklavounos): ...tout de suite? Non? C'est non. Est-ce que...

M Lefrançois (Daniel): Je ne l'ai pas ici avec moi.

M. Caire: ...de toute façon, là.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, le document n'est pas disponible tout de suite.

M. Caire: Après? O.K.

Le Président (M. Sklavounos): Est-ce que le ministre s'engage à produire ce document et le déposer au secrétariat de la commission?

M. Bolduc: Le ministre s'engage toujours positivement.

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

M. Caire: M. le Président, donc, sur la base des évaluations qui auront été faites et que je n'ai pas de raison de contester présentement, on comprend que ce n'est pas significatif. Je lis ici, dans les cahiers, que les budgets qui ont été consentis dans le cadre de ces projets pilotes là... En fait, la récurrence des budgets va être transmise aux régions qui ont été touchées par les projets pilotes. C'est bien ça que je comprends? Et, si j'ai bien compris... Si j'ai mal compris, je suis convaincu que le ministre va se faire un plaisir de m'expliquer. Sinon, de combien on parle? Puis qu'est-ce qui arrive avec les régions qui n'étaient pas l'objet d'un projet pilote?

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

M. Bolduc: Bon, la première question, c'est... Je vais vous donner l'exemple: c'est la région de la Gaspésie. Il y avait un projet qui était de 2,8 millions dans la région de la Baie-des-Chaleurs. Comme de fait, le projet, il ne donnait pas les résultats attendus. On a pris le 2,8 millions et on a réglé les autres problèmes également qu'il y a en Gaspésie. Donc, on a laissé l'argent dans la région. Bien, ça peut nous servir pour améliorer les services mais à d'autres endroits... préhospitaliers à d'autres endroits... oui, taggés préhospitaliers. Et c'est 8 millions de dollars, le budget total, et, si on peut avoir les mêmes stratégies qu'on a eues en Gaspésie, on va le faire.

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

M. Caire: Donc, je comprends que ces montants-là, effectivement, sont... Mais qu'est-ce qui arrive avec les autres régions qui, elles, n'étaient pas partie prenante au projet pilote? Est-ce qu'il y a une espèce de compensation qui se fait? Parce que, là, il y a...

M. Bolduc: C'est que, pour chacune des régions, il y a des demandes, et on regarde, à la valeur de chacune des demandes, voir qu'est-ce qui peut être fait. Mais je peux vous dire qu'au niveau du préhospitalier c'est un enjeu parce que souvent les gens, ils disent: Bien, on voudrait en avoir plus. Sauf que, quand on évalue ce que ça donne, les résultats attendus, à ce moment-là c'est que la façon dont on procède, puis j'ai répondu souvent de cette façon-là à l'Assemblée nationale, il y a un comité des experts qui se penche sur chacune des demandes puis il y a une priorisation des demandes au niveau provincial. Et on regarde, selon les cas, là, comment on peut accommoder si le besoin, il est là.

M. Caire: Ma question, c'était: Il y a des budgets qui sont alloués en supplément parce que ces régions-là sont l'objet d'un projet pilote. Donc, on leur donne des budgets en supplément. Le projet pilote ne donne pas les résultats escomptés, donc la récurrence des budgets est transférée à la région. Ça, je le comprends. Mais ce n'est pas conséquemment à des demandes, c'est conséquemment au fait qu'elles ont été sélectionnées pour être l'hôte de ces projets pilotes là.

Là, on parle de cinq régions, donc, dans les autres régions du Québec qui n'étaient pas l'objet d'un projet pilote, je comprends que cette récurrence-là, elle ne s'applique pas, là.

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

M. Bolduc: Excepté que les projets pilotes étaient souvent pour un endroit, puis il y avait plusieurs demandes dans la région, donc on va régler plus qu'un problème dans la région. Et, les autres régions, on a des projets dans lesquels on regarde et, selon l'évaluation de nos experts, on met de l'argent en supplémentaire en développement qui justement peut venir du FINESSS, qu'on a parlé tantôt. Il y a de l'argent qui peut venir du FINESSS pour pouvoir développer des projets pour régler des situations particulières.

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

M. Caire: Le rapport Gauthier faisait suite à un constat, là, qu'il y avait des problèmes de couverture chronique au niveau du préhospitalier. Quand on regarde les statistiques d'augmentation des appels qui sont faits, c'est en augmentation constante. Quand on regarde les statistiques d'augmentation des délais de réponse, malheureusement la courbe suit à peu près dans les mêmes proportions.

Je comprends que le rapport Gauthier faisait certaines recommandations — le ministère y a donné suite — sur le réaménagement des horaires de travail. La conclusion, c'est qu'on n'a pas atteint l'objectif souhaité avec la mise en place de cette solution-là. Donc, qu'est-ce qu'on va faire? Parce que je comprends que le problème reste entier, et il y a une solution à mettre en place. Quelle sera la solution mise en place en remplacement de celle qui n'a pas fonctionné?

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

M. Bolduc: Je vais demander au Dr Lefrançois d'expliquer qu'est-ce que...

Le Président (M. Sklavounos): Sur le même consentement, Dr Lefrançois, la parole est à vous.

M. Lefrançois (Daniel): Bien, grossièrement, je pense qu'il faut regarder... Un, votre première question concernant... sur les autres régions, il y a, à chaque année, de façon habituelle, une injection et une amélioration des services régionaux en fonction, comme disait M. le ministre tantôt, des demandes les plus évidentes au niveau des services populationnels.

Pour l'amélioration des temps réponse, parce que vous faisiez une référence à une dégradation, là, je ne serai pas nécessairement d'accord avec vous parce que, si on regarde la région d'Urgences-Santé, on a maintenant... puis au niveau du temps réponse systémique... puis là, quand j'entends... Nous, au niveau des préhospitaliers, le temps réponse systémique inclut l'intervention des premiers répondants auxquels on faisait... tantôt. Et là, avec l'arrivée des premiers répondants de façon... sur l'ensemble du territoire, on a 90 % des appels de priorité 1 qui sont répondus en moins de huit minutes, c'est-à-dire 7 min 59 s et moins. Il y a donc là, pour 37 % de la population, une amélioration quand même significative.

Il y a aussi plusieurs... On a environ... plus d'une centaine de services de premiers répondants qui sont installés un peu partout. Pour les services ambulanciers en tant que tel, à chaque année, les services préhospitaliers ajoutent pour environ trois... Puis, dépendant des années, là, ça varie entre 3 à 5 millions de nouvelles ressources dans l'ensemble des régions du Québec. Donc, il y a une adéquation... ou, si on veut, on essaie de faire une adéquation entre l'augmentation de la demande et la réponse que l'on fait au niveau organisationnel de ce côté-là.

Ça fait que, sur le côté de la poursuite de l'amélioration des services ne serait-ce que du côté préhospitalier, on a là quand même une réponse qui est adaptée, à chaque année, à la demande là-dessus, de ce côté-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Lefrançois. 10 minutes, M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Merci, M. le Président, oui. M. le Président, ma question est en deux volets. Premièrement, il y avait, suite au rapport Gauthier, une concertation du milieu puis un plan d'action assez précis qui a abouti en projet pilote. J'écoute Dr Lefrançois me dire: Oui, mais, à chaque année, il y a des demandes, et on tente d'y répondre, puis je le comprends, puis c'est très bien.

Ma question était plus: Quel est le plan de match? Parce que, là, il y avait un plan de match. On va vérifier une couverture avec des horaires de faction, on va vérifier la viabilité de ça. Dr Lefrançois dit: Bon, on en arrive à la conclusion que ce n'est pas viable. Donc, ce plan de match là, on l'écarte. C'est correct. On le remplace par quoi? Parce que, simplement répondre à la demande, il m'apparaît qu'il n'y a pas une vision globale, là, pour régler le problème de couverture au niveau du préhospitalier.

Ensuite, quand vous me parlez d'Urgences-Santé, Dr Lefrançois, je vous l'accorde, sauf qu'il faut aussi comprendre qu'Urgences-Santé travaillent sur du 7/24, n'ont pas d'horaire de faction. Donc, êtes-vous en train de me dire que le ministère va privilégier les horaires 7/24 partout au Québec et donc mettre les sommes en conséquence? Si c'est ça, moi, je suis sûr que les ambulanciers vont être très, très, très heureux de l'apprendre puis je ne suis pas sûr que le ministre des Finances va avoir la même opinion.

Et finalement, quand vous me dites que les délais... les temps de réponse n'ont pas augmenté, écoutez, si je me fie aux études de crédits de l'année passée, au Québec, là, si on fait une moyenne, les appels de priorité 1, on y répondait... 12,02 minutes. Dr Lefrançois a parlé du 7 min 59 s, qui est la cible fixée par les agences, donc on est déjà hors cible. Et ce délai de... entre 2009-2010. 2010-2011, c'est passé de 12,02 minutes à 12,76 minutes. Donc, si, ça, ce n'est pas une augmentation du temps réponse, bien, écoutez, moi, je ne sais pas ce que c'est, là. Priorité 2, on passe de 26,76 à 28,11. Ça m'apparaît être une augmentation du délai réponse. Priorité 3, 13,94, 15,17. Ça aussi, je pense qu'on peut appeler ça une augmentation du temps réponse. Priorité 4, 22,10; on passe à 24,46.

Donc, c'est bien beau dire: Urgences-Santé, ça va bien, mais il y a le reste du Québec aussi. Je pense que c'est important de l'adresser. Puis, sans vouloir penser que Dr Lefrançois n'a pas de préoccupation pour l'ensemble du Québec, il y a beaucoup de transporteurs ambulanciers au Québec qui vous diront: On existe, nous aussi.

Donc, je repose ma question: En substitution d'un plan de match qui, aux dires du ministère, n'a pas fonctionné, quel est le plan de match du ministère, outre répondre aux demandes ponctuelles, pour qu'il y ait une courbe qui diminue dans les délais de réponse et donc offrir une meilleure couverture dans le préhospitalier?

● (16 h 10) ●

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

M. Bolduc: ...Dr Lefrançois de répondre. Il connaît très bien le dossier.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lefrançois, sur le même consentement.

M. Lefrançois (Daniel): Ça va? Bien, je pense qu'il faut comprendre que l'intervention à une demande d'urgence, un, ce sur quoi on met notre... l'emphase, c'est sur la réponse, comme vous l'avez mentionné, priorité 1. Les temps réponse, comme je vous dis... Je vous ai mentionné l'amélioration à Urgences-Santé. Je n'ai pas parlé des autres régions non plus, vous avez remarqué.

Pour ce qui est de la stratégie d'ensemble, ce qu'on a visé, c'est, un, l'intensité de nos efforts en ce qui concerne l'intervention de proximité. Là-dedans, on met nos efforts pour l'accès à la défibrillation précoce, l'accès à la réanimation précoce aussi avec le programme qu'on a lancé cette année, le programme Héros en trente.

Le Québec a, au niveau des résultats, au niveau des survies à l'arrêt cardiorespiratoire, la meilleure statistique, à peu près, au Canada. On a eu, au cours de l'année dernière, 250 patients qui ont été réanimés, qui étaient en arrêt cardiaque et qui ont été réanimés avec succès. Selon les statistiques, là, la façon dont on analyse, qui s'appelle la grille d'analyse d'Utstein, par pourcentage, certaines régions sont parmi les meilleures, sinon meilleures que même la région de Vancouver, qui est la meilleure au Canada actuellement: la région de Lanaudière a 38 %, etc.

Ça fait que grossièrement la stratégie est une, d'abord, d'intervention de proximité: premiers répondants, programme de réanimation, programme d'accès à la défibrillation, programme de secourisme aussi, dans lequel on investit beaucoup. Ensuite, deux — comme je vous ai dit tantôt, les premiers répondants — deux, l'augmentation et l'amélioration de la formation de nos techniciens ambulanciers, qui ont beaucoup plus de capacités d'intervention qu'ils ne l'avaient il y a quatre ou cinq ans.

Pour ce qui est des horaires de faction, il n'y a pas de stratégie de transformation des horaires de faction premièrement parce qu'il y a certaines... Beaucoup de régions ont très peu d'exposition clinique. Il y a beaucoup de zones ambulancières qui sont peu occupées, avec 200 ou 300 appels sur toute l'année, un appel par jour ou des fois un appel aux deux jours. Ça fait que là-dessus la pertinence de l'augmentation et de la transformation, compte tenu du coût, n'est peut-être pas nécessairement celle qu'on privilégie en premier dans ces zones-là. Je ne sais pas si ça répond en partie à votre...

Le Président (M. Sklavounos): Je vais permettre une question complémentaire, Dr Lefrançois, parce que le temps file pour le député de La Peltre. Il y a cinq minutes qui lui restent. Alors, allez-y.

M. Caire: Combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Sklavounos): Cinq minutes.

M. Caire: Merci, M. le Président. Ma réponse va être très, très... bien, ma question, c'est-à-dire, va être très courte. Est-ce que j'ai bien compris, Dr Lefrançois, que le pivot de votre stratégie, c'est d'avoir une utilisation... maximiser les premiers répondants? Parce que je ne suis pas convaincu que le ministre de la Santé va être heureux d'aller négocier avec le préhospitalier pour leur dire que c'est les premiers répondants qui vont arriver sur les appels. Puis, soit dit en passant, là, je n'ai rien contre les premiers répondants, là, c'est très bien, mais... Et, si c'est ça, est-ce que le niveau de formation qui va être exigé des premiers répondants va être équivalent à ce qu'on demande à un technicien ambulancier? Parce que là on ne parle pas de la même catégorie d'intervention, mais pas du tout, là.

Le Président (M. Sklavounos): ...va prendre cette question? M. le ministre.

M. Bolduc: Le ministre est très content de répondre à ça. Le problème, il y a beaucoup d'endroits au Québec, qu'on mette l'ambulance n'importe où avec un ambulancier à l'intérieur, la distance et le temps d'appel va être trop long pour sauver la vie de la personne. Et la meilleure façon, dans un village, ou dans un endroit un peu plus éloigné, ou un endroit où qu'il y a beaucoup de trafic, c'est d'avoir des gens autour qui sont capables de répondre rapidement parce que c'est le délai de réponse de commencer la réanimation qui est le plus important. Donc, si vous êtes... Même l'ambulancier qui couche dans l'ambulance, si le village est à 15 minutes, puis on s'entendra... on va s'entendre qu'il n'y aura pas une ambulance par village de 1 000 habitants... La seule façon de sauver la vie de cette personne-là, c'est que, localement, dans le village, il y ait quelqu'un qui soit capable d'y aller rapidement et de donner les premiers soins. C'est ça, le plus important.

Un peu comme ici, un exemple. Ici, à l'Assemblée nationale, il y a un programme de formation qu'on a donné, qu'on a offert à des députés puis aux gens qui voulaient pour commencer la réanimation le plus rapidement possible. Ça, c'est pour commencer la réanimation. Mais, pour les premiers répondants, c'est un niveau plus élevé où, là, ça nous permet

d'agir rapidement en attendant que l'ambulance arrive. Mais, si vous ne mettez pas ça en place... Et l'objectif, à la fin, ce n'est pas de savoir: Est-ce qu'on défend le premier répondant, est-ce qu'on défend l'ambulancier ou est-ce qu'on défend l'urgence? On défend le service le plus rapide, avec le meilleur soin pour que la personne, le plus rapidement possible, reçoive des soins adéquats en des temps raisonnables.

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

M. Caire: ...comprends ce que le ministre dit. Puis je ne suis pas contre les services de premiers répondants; j'ai personnellement travaillé à essayer d'en implanter. Le problème n'est pas là.

Le ministre va être d'accord avec moi sur deux choses. Premièrement, ce n'est pas tous les endroits au Québec qui sont en mesure de se doter d'un service de premiers répondants, qui est fondamentalement un service volontaire.

Deuxièmement... À moins que le ministre me dise qu'il va débloquer des budgets pour engager des premiers répondants, auquel cas ma question, c'est: Pourquoi ne pas le prendre pour les ambulanciers? Et, deuxièmement, je comprends que, dans des cas extrêmes où il faut faire des manoeuvres de réanimation, oui, tu es mieux d'avoir un secouriste que de ne rien avoir du tout, on s'entend. Mais on parle ici de préhospitalier, on parle de services d'urgence, on parle d'une autre qualité de soins, on parle d'un autre niveau de formation.

Alors, est-ce que le ministre est en train de me dire, un, qu'il va engager des premiers répondants partout et, deux, qu'il va exiger une formation beaucoup plus complète de ces premiers répondants là pour s'assurer d'avoir une couverture de qualité? Parce que c'est bien beau, du secourisme à l'école, là, mais moi, je suis préhospitalier, puis j'entends ça, puis je dis: Bien voyons! Êtes-vous en train de me dire que je suis un secouriste en ambulance, là?

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

M. Bolduc: Le premier répondant, c'est en attendant que l'ambulancier arrive. Donc, ce que j'expliquais, c'est de mettre un système en place pour que, le plus rapidement possible, on soit capables de donner les soins nécessaires. Mais c'est complémentaire aux ambulanciers. Puis les premiers répondants ne sont pas en opposition avec les ambulanciers. On veut quand même avoir la meilleure couverture possible dans le délai... le plus rapidement possible.

La question que vous m'avez posée, c'est qu'il y a des endroits... quand on regarde, quand on met les ambulances en place, il y a des endroits, il faut qu'on ait des premiers répondants parce que, de toute façon, l'ambulance, elle ne pourra pas être disponible avant un certain temps pour toutes sortes de... mais toutes sortes..

M. Caire: ...des premiers répondants, là.

M. Bolduc: Non, non, ce n'est pas volontaire. Ce que...

Le Président (M. Sklavounos): ...M. le ministre, je vais vous laisser une minute.

M. Bolduc: Ce qu'on veut... Bien, la plupart des endroits, ça se met en place actuellement, puis je pense que nos équipes sont en train de travailler très bien.

L'objectif, c'est que, tous ensemble, que ce soient les gens du préhospitalier, les ambulanciers, les premiers répondants, pour les gens qui ont une urgence... comment on fait pour y répondre le plus rapidement possible pour sauver des vies puis avoir une meilleure accessibilité. Et ça ne passe pas juste par rajouter des ambulances, ça passe par une réorganisation des services.

Et je vais vous donner un autre exemple. Si on peut diminuer le temps d'attente des ambulances dans les urgences, si on peut s'organiser, peut-être, pour qu'il y ait des ambulances, au lieu de transporter des patients qui sont très, très stables entre deux établissements, comme chez... Nous autres, on avait du transport adapté. Il y a des méthodes, il y a des façons de faire qui vont faire que ça va nous permettre de disposer de plus de temps-ambulance et d'offrir un meilleur service.

Le Président (M. Sklavounos): 30 secondes, M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Bien... Oui, M. le Président. Une question très rapide pour le ministre. Il y a eu des projets pilotes sur des appareils de télémétrie dans les véhicules. Je veux simplement savoir dans quel échéancier le ministre pense que tous les véhicules ambulanciers vont être équipés de ces appareils-là et tous les ambulanciers, les paramédics, auront la formation pour se servir... Parce qu'on parle d'un appareil qui peut sauver des vies, puis faire sauver du temps, puis avoir un impact réel, puis c'en est un.

Le Président (M. Sklavounos): ...du bloc. Très rapidement, M. le ministre. Il ne reste plus de temps.

M. Bolduc: Je suis allé visiter le projet qu'il y a à Lévis. C'est un très beau projet. Je ne peux pas donner d'échéancier, mais je peux vous dire qu'on va supporter des projets de développement d'avoir de la télémétrie dans les ambulances.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. C'est le temps dont disposait M. le député de La Peltrie. Je le remercie pour ses questions.

Alors, je vais maintenant regarder du côté du groupe ministériel et céder la parole à monsieur l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux et député des Îles-de-la-Madeleine. La parole est à vous.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème, un peu en continuité avec le député de La Peltrie... les urgences, le thème des urgences, un thème, un sujet qui fait souvent les manchettes des médias, des partis de l'opposition. Et particulièrement la députée de Taschereau, dans ses remarques préliminaires, qualifiait comme échec total la situation des urgences. Alors, avec beaucoup de respect pour la députée de Taschereau, je pense, c'est une évaluation très réduite du portrait de la situation des urgences au Québec. On comprend bien que le système n'est pas parfait, mais il y a, à l'intérieur du réseau de la santé et services sociaux et des urgences à travers le Québec, des milliers d'excellentes interventions et des beaux succès qui sont réalisés.

Évidemment, améliorer la situation des urgences, c'est un objectif que le ministre poursuit, que le gouvernement du Québec poursuit, que le ministère et tout le réseau poursuit, également. Et ce n'est pas un travail qui peut se faire dans 48 heures. Il s'agit d'un travail de longue haleine.

Puis on peut se rappeler que le réseau a été sérieusement affaibli à la fin des années quatre-vingt-dix avec les décisions de l'ancien gouvernement. On peut se rappeler, évidemment, de ces décisions-là qui ont affecté beaucoup le réseau de la santé avec des départs prématurés tant pour les médecins, les infirmières et d'autres professionnels.

Alors, M. le Président, j'aimerais ça que le ministre de la Santé puisse nous parler de toute la question de l'organisation du travail, particulièrement au niveau des urgences, pour diminuer la durée de séjour à l'intérieur des urgences et nous expliquer comment le méthode «lean» peut contribuer à réduire le temps d'attente dans les salles d'urgence du réseau au Québec.

● (16 h 20) ●

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Puis je vais prendre cette question-là en collaboration avec Dr Lefrançois, avec qui je travaille de façon très serrée sur une base au moins hebdomadaire.

Dans un premier temps, il faut comprendre c'est quoi, l'évolution de nos urgences au Québec. Au Québec, à chaque année, il y a 80 000 personnes de plus. Et, quand on évalue l'indice de vieillissement de la population, il y a un vieillissement de 1 % par année. Donc, ce qui veut dire... C'est qu'au cours des années il y a plus de personnes qui sont plus âgées, donc qui sont plus susceptibles de consulter dans les urgences. C'est ça, notre défi. On a le même nombre d'urgences, donc il faut qu'on augmente la performance, la productivité pas seulement qu'à l'urgence, dans tout notre continuum de services.

Seulement pour vous donner un exemple, entre 2002 et 2003, on a passé de 2,2 millions de patients dans les urgences à 3,2 millions. C'est 50 % de plus. Et la clientèle qui a le plus augmenté, c'est les 75 ans et plus, qui sont les plus susceptibles d'être hospitalisés.

Donc, c'est ça, notre défi au niveau du réseau de la santé. Donc, pour régler l'urgence, il faut avoir un fonctionnement exemplaire à l'urgence. Il faut également avoir un fonctionnement exemplaire dans l'hôpital avec l'hospitalisation, mais également il faut développer des services en externe, dont, entre autres, des services aux personnes âgées. Et le défi, c'est les personnes de 75 ans et plus, qui est la grande majorité de nos patients qui ont besoin d'être admis, et des personnes de 75 ans et plus avec des maladies complexes.

Il y a une notion qui est importante. C'est que c'est 5 % des gens qui consomment 50 % des services. Ce sont les gens les plus malades qu'on est appelés à voir le plus souvent dans nos urgences. Donc, la stratégie qu'on a mise en place au Québec... D'abord, on a des équipes... une équipe au niveau du ministère qui réunit des gens des urgences, des gens des personnes âgées, des responsables au niveau de la santé mentale, des responsables au niveau des services sociaux. Et maintenant on a enlevé les silos. On travaille tous ensemble et on regarde c'est quoi, les patients qui sont les plus susceptibles de consulter à l'hôpital et de passer par les urgences.

Et on est en train de développer en place, partout au Québec, un système où il y a une prise en charge d'abord dans la communauté: développement des soins à domicile, développement des soins pour les personnes qui sont des grands consommateurs de soins de façon à ce qu'il y ait des services plus intensifs. Et également on travaille au niveau de l'établissement pour avoir une durée moyenne de séjour, avoir des examens de laboratoire rapidement, avoir des consultations rapidement.

Quand on regarde l'ensemble des urgences du Québec, la majorité, là, au niveau des chiffres, elles vont relativement bien, O.K.? On a quelques urgences, à peu près un 15 à 18 urgences, qui, eux autres, sont plus en difficulté. Et c'est des urgences dans des endroits où ce qu'il y a une croissance de population extrêmement importante, entre autres dans les Laurentides, Lanaudière, Laval et des secteurs comme la Montérégie, comme Longueuil, donc Charles-Le Moyne, Pierre-Boucher. Mais, quand vous allez en région, puis on reçoit les chiffres à chaque jour, la majorité des urgences sont en équilibre. Et, même, il y a plusieurs urgences au Québec qui ont tout simplement... pas 0-48 heures, 0-24 heures.

Maintenant, le défi, c'est les endroits, comme dans les Laurentides, Laval, Lanaudière, avec une croissance de population qui est énorme et un vieillissement de population. C'est de transformer les services pour qu'on ait des groupes de médecine de famille, ce que nous avons annoncé, qu'il y ait plus de médecins pour prendre en charge les patients, qu'on ait plus de soins à domicile, qu'on ait plus de ressources intermédiaires, parce qu'il y a des patients que, lorsqu'ils sont à l'hôpital et qu'ils ne peuvent pas sortir, vont bloquer un lit, et qu'on ait des CHSLD en fonction des normes de population qui existent.

Et c'est ce que nous faisons depuis quelques années, où nous avons tout développé les services. Entre autres, on a accordé plus de médecins dans la région de Lanaudière, plus de médecins dans la région de Laval et plus de médecins dans la région des Laurentides. Pourquoi? Parce que, lorsqu'on regardait, c'est là qu'il y avait la plus grande croissance de population.

L'autre défi que nous avons dans les urgences, c'est Montréal. Et Montréal, c'est interrelié. Et Montréal est plus complexe. C'est une grande ville. Il y a de l'itinérance, il y a plus de problèmes, également, de santé mentale parce que c'est

une clientèle des fois qui a tendance à se retrouver dans les grandes villes. Il y a plus de problèmes de toxicomanie. Donc, il faut mettre en place des programmes qui répondent à ça, donc pour l'itinérance, la santé mentale.

Et également Montréal, au niveau de la prise en charge, c'est 1,9 million... là, aujourd'hui, en date d'aujourd'hui, ils sont 1 958 000 personnes, qui sont réparties dans différents secteurs. Et on parlait tantôt de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. À Montréal, on a annoncé des grands plans de rénovation, hein? On parle de la construction du CHUM, la construction du CUSM, la rénovation majeure de 400 millions à l'Hôpital général juif, l'Hôpital St. Mary's, qu'on a annoncé des lits, et Maisonneuve-Rosemont également, qu'on a annoncé qui allait avoir une nouvelle urgence; Sacré-Coeur, cette semaine, où on annoncé qu'il y aurait un centre de mère-enfant puis également une unité de traumatologie.

Donc, c'est toute cette stratégie-là qu'on met au fur et à mesure des années qui va donner des résultats. Mais la solution des urgences n'est pas à l'urgence. La solution des urgences passe par la prise en charge en externe avant que le patient rentre à l'hôpital et également, lorsqu'il sort, qu'on soit capables de le mettre en charge.

Tantôt, on parlait des projets «lean». Le projet «lean», le grand avantage, c'est que c'est... on libère des gens avec des équipes spécialisées qui évaluent tous les processus et le fonctionnement de l'urgence. Et généralement on va diminuer les délais pour que le patient soit vu et on va également améliorer toute la productivité au niveau de l'urgence. Mais juste un projet «lean», ce n'est pas assez. Ça va améliorer l'efficacité, mais ce qu'il faut maintenant, c'est travailler pour diminuer le volume ou contrôler le volume des gens qui consultent à l'urgence par une meilleure prise en charge.

Également, ce qu'on avait comme tendance, et ça, ça a commencé sous le Parti québécois... à chaque année, à cause du volume d'activité augmenté, on a plus de patients. Mais historiquement, à chaque année, la durée moyenne de séjour, c'est... a augmenté au Québec. On est passés... On parlait tantôt de 16,5 heures en 2003, mais on est montés jusqu'à 17,5 heures. Et, depuis deux ans, avec tout le travail qui a été fait... Voilà deux ans, on a réussi à stabiliser, c'est-à-dire qu'on a eu la même durée moyenne de séjour en 2009-2010 qu'en 2008-2009. Ça, c'est un peu un exploit parce qu'à chaque année on augmente la population — de 3 % — qui consulte dans les urgences à cause du phénomène de 80 000 personnes de plus par année au Québec qu'on doit prendre en charge.

Cette année, on a eu un gros succès. Dans nos urgences, on a baissé de 0,5 heure, du jamais-vu. C'est la première fois. Même sous le régime du Parti québécois, à chaque année ça augmentait à cause de ce phénomène-là. Là, on a réussi à prendre le contrôle de nos urgences et l'année prochaine on devrait être encore meilleurs.

On s'est améliorés partout au Québec, sauf à deux endroits. Le premier, c'est dans la région de Gatineau, qu'on a un plan spécial. Mais, à Gatineau, il y a deux urgences qui sont en train d'être rénovées. Il y a un travail qui est en train de se faire au niveau de la santé mentale. Ça fait que, Gatineau, j'ai grand espoir que, dans la prochaine année, les deux prochaines années, il va y avoir un changement, puis ça va améliorer.

Entre autres, on a ouvert ce qu'on appelle des unités d'hospitalisation brève, qui nous permettent justement de sortir des patients de l'urgence et de pouvoir être gardés à l'hôpital, hospitalisés, pendant 72 heures. Donc, ça, c'est en train d'être mis en place à Gatineau, et, au mois de mai, on va aller inaugurer la nouvelle urgence de Gatineau. Et, l'année dernière, j'ai inauguré la nouvelle urgence de Hull, qui est beaucoup plus fonctionnelle.

L'autre région avec laquelle on travaille beaucoup actuellement, c'est la région de Montréal. Montréal s'est détériorée au niveau de ses urgences parce que, Montréal, la pression est plus grande. La bonne nouvelle: dans les deux dernières périodes de 2011-2012, Montréal a stabilisé au niveau du nombre de 24 heures et au niveau de la durée moyenne de séjour. Ça aussi, c'était du jamais-vu.

Donc, actuellement, on travaille avec Montréal pour la santé mentale, l'itinérance. Également, au niveau des personnes âgées, la continuité de services a été revue. Également, on est en train d'ouvrir des ressources intermédiaires à Montréal parce qu'il y a des patients qui bloquaient des lits parce qu'il n'y avait pas de ressource en externe.

Et ce qu'on voit dans nos chiffres actuellement... Un endroit comme Maisonneuve-Rosemont avait 100, 120 patients en attente d'hébergement. Actuellement, ça joue entre 20 et 30. Donc, il y a eu une amélioration à Montréal au niveau des personnes âgées, qui ne se traduit pas encore dans nos chiffres mais qui devrait se traduire dans nos chiffres au cours des prochains mois.

J'ai pris le temps de bien expliquer parce que c'est complexe. Nos équipes, avec Dr Lefrançois, travaillent très, très fort. Mais, pour faire un changement, ce n'est pas une baguette magique avec une seule solution qui va tout régler, c'est la mise en place de tout le continuum de services. Entre autres au niveau de la réadaptation — on parle de Montréal — au niveau de la santé mentale, au niveau de la santé physique, ça prend des ressources intermédiaires, le plan de développement des CHSLD.

La bonne nouvelle: ça fait au moins quelques années qu'on travaille là-dedans mais de façon très intensive depuis trois ans. Et ça donne des résultats. La preuve, la première fois depuis au moins un 12 à 15 ans, on a réussi à baisser la durée moyenne de séjour dans nos urgences. Et on est en train d'améliorer également tout notre continuum de services pour les personnes âgées.

Mais c'est un défi parce qu'à chaque année c'est 80 000 personnes de plus qu'on prend en charge au Québec avec un vieillissement de l'équivalent de 1 %. Donc, c'est du travail, mais j'ai beaucoup d'espoir qu'on va en arriver à des données qui sont encore meilleures pour le bien des populations.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va, M. le député des Îles?

M. Chevarie: Oui. J'ai d'autres questions complémentaires par ailleurs...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y.

M. Chevarie: ...s'il nous reste du temps.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, il vous reste 8 min 30 s.

● (16 h 30) ●

M. Chevarie: O.K. Bien, on peut constater, M. le Président, que le sujet pose un défi et interpelle beaucoup de partenaires, mais que le ministre en parle avec passion et une belle expertise également.

Maintenant, M. le Président, j'aimerais ça que le ministre puisse nous parler, nous donner de l'information. Qu'est-ce qui provoque l'engorgement des urgences? Parce qu'on a, j'imagine, à des périodes de l'année, des pointes qui font en sorte que les urgences sont débordées. Et là, évidemment, ça a un impact sur l'engorgement, puis c'est difficile, autant pour le personnel, les médecins, et la clientèle. Alors, j'aimerais ça que le ministre puisse nous donner un peu d'information sur cet aspect-là.

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

M. Bolduc: Bon, c'est sûr qu'il y a deux niveaux de fluctuation dans une urgence. La première, c'est sur la base annuelle, où — exemple, les mois de janvier, février, mars — il y a 30 % de plus de gens qui consultent dans les urgences dans cette période-là que dans les autres périodes de l'année. Ça, pour vous dire, ce n'est pas dû à l'hiver, parce qu'en Floride, en Californie, ils ont le même phénomène. Donc, janvier, février, mars, il y a une augmentation de 30 % de population qui consulte dans les urgences. C'est la grippe, c'est des virus, c'est une diminution de l'état général des gens en général.

Également, dans une journée, les patients ne rentrent pas à l'urgence un à la fois. C'est plus tranquille jusqu'à 10 heures le matin puis, à partir de 10 heures le matin jusqu'à 16 heures l'après-midi, il y a un flot de patients qui rentrent, puis, par la suite, en soirée, généralement, ça se calme. Donc, il faut être capables de jouer avec cette fluctuation-là.

Ce qui fait qu'on a de l'engorgement dans nos urgences, bien, premièrement, c'est les gens qui sont les plus malades qui viennent à l'urgence, c'est les gens de 75 ans et plus, avec plusieurs maladies qui sont souvent reliées à l'âge ou à des maladies particulières, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque, maladies cardiaques, ou encore les gens qui ont des cancers avec des médicaments, quand même, qui sont assez forts, qui font... peuvent faire ce qu'on appelle des neutropénies, c'est-à-dire qu'ils sont plus faibles dans leur système. C'est la première chose. Ce qui bloque les urgences, ce qu'on disait auparavant, c'est que ces patients-là rentraient à l'hôpital, puis on n'était pas capables de les sortir, puis on n'avait pas assez de ressources d'hébergement. C'est de moins en moins vrai, parce qu'on a développé beaucoup de ressources d'hébergement, et il y a beaucoup d'endroits où est-ce qu'on est en équilibre. Donc, après ça, c'est un ajustement des ressources en fonction des besoins des patients.

Mais, j'aimerais ça... J'ai donné la réponse première, mais j'aurais peut-être aimé ça que Dr Lefrançois, qui est vraiment un spécialiste au niveau des urgences puis du fonctionnement, qui est notre président de la Direction nationale des urgences, là, qu'il puisse s'exprimer là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, sur le consentement des membres, sur le même consentement, Dr Lefrançois.

M. Lefrançois (Daniel): C'est toujours un peu difficile de rajouter des choses, quand le ministre a parlé, quand on parle des urgences. En soi-même, c'est un défi. Mais c'est un fait que, du point de vue de l'engorgement, ce qu'on assiste, puis particulièrement dans les périodes de pointe où on parlait tantôt, c'est aussi les périodes de grande productivité, comme on disait, du côté hospitalier, avec un beau... les chirurgies très actives, etc. Puis, dans notre milieu à nous... correspondent aussi, malheureusement, aux périodes de verglas, de neige, et etc. Il y a souvent une affluence significative là-dessus. Il faut noter également que, lorsqu'il y a moins de demandes, on a aussi des périodes où il y a passablement de vacances au niveau du personnel, etc. Donc, la gestion complète de toute la demande est un peu complexe.

L'autre phénomène qui explique... puis qui explique puis qui est un peu... pour lequel on constate un engorgement, c'est qu'il faut comprendre que le noeud d'étranglement qu'est l'urgence... est tributaire, si on veut, de tous les phénomènes de capacité de prise en charge de première ligne, de capacité de — vous m'excusez l'anglicisme — «processing» ou de prise en charge d'analyses et de traitement local de tout l'ensemble de la demande qui est faite là, et, en même temps, par la suite, de la productivité et de la capacité de la performance au niveau hospitalier et posthospitalier. C'est une chaîne relativement complexe où la... C'est pour ça qu'on travaille avec... en collaboration avec l'ensemble des directions au ministère, que ça soit santé mentale, première ligne, côté hospitalisation, etc., parce que chacune des performances de chacun des maillons va déterminer... Parce que l'élément de mesure, ou l'étalon, est à l'urgence. Ça fait que, si on a une dysfonction relative dans l'un ou l'autre de ces éléments-là, bien, effectivement que votre étalon de mesure s'en ressent, et vous devenez, à ce moment-là, avec des statistiques qui sont probablement un petit peu moins positives, même si, à l'urgence même, votre fonctionnement est quand même relativement bon.

Ça fait que, de ce côté-là, effectivement, comme on voit, il y a des travaux qui se font, on en a parlé tantôt. Il y a des milieux qui se sont améliorés. C'est possible de le faire, on l'a dit tantôt, là, il y a de l'amélioration significative à certains endroits. Il y a encore des défis significatifs qui sont là, mais je dirais que, pour la question de l'amélioration, le travail de fond est fait.

Ça fait qu'il nous reste à récolter, à continuer à travailler puis à travailler, parce que je pense que ce que le ministre disait tantôt... c'est important de travailler sur l'ensemble et sur l'élément macro. Nous, notre rôle, à la direction, c'est qu'on va plus dans les endroits plus ponctuels où on travaille directement avec les agences et les établissements. Par exemple, on a des travaux plus concrets à certains centres hospitaliers où il y a des problématiques un petit peu plus pointues sur lesquelles on aide les gens à solutionner. C'est l'exemple, par exemple, où on a travaillé déjà avec Saint-Eustache, on a travaillé avec les gens de Lanaudière, on est allés à Haut-Richelieu, par exemple, qui a eu une amélioration significative par rapport à l'an dernier. Donc, c'est un peu le rôle avec lequel on fait actuellement... puis la notion ou la forme de l'intervention que l'on a.

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

M. Chevarie: Oui, j'ai une question rapide. Il semble y avoir une norme, en termes de durée moyenne de séjour, de 12 heures. Et je me posais la question à savoir si... Est-ce que c'est réaliste que les urgences puissent atteindre cette norme-là, du 12 heures? Et, si oui, est-ce qu'il y a des établissements qui réussissent à atteindre cette norme-là, cette cible-là de 12 heures, en termes de durée moyenne de séjour?

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

M. Bolduc: La réponse, c'est oui. La bonne norme, c'est vraiment 12 heures en moyenne. Et ce que ça implique, c'est que... c'est important que le patient... à un certain moment donné, il y a une décision qui est prise, soit qu'il reçoit son congé lorsque sa condition le permet ou que le patient soit admis.

Mais, encore là, généralement, le problème, ce n'est pas à l'urgence, c'est qu'on n'est pas capables de sortir le patient vers l'étage. Mais, pour le sortir vers l'étage, il faut qu'on ait des lits; pour qu'on ait des lits, il ne faut pas qu'ils soient bloqués par des personnes en attente d'hébergement ou en attente de réadaptation; et également il faut essayer de contrôler l'entrée. Donc, si on a des bons soins à domicile, on a une prise en charge par des médecins, on a des gens qui sont suivis sur une base régulière pour leurs pathologies par des groupes de façon plus intensive lorsqu'ils sont très malades, si on diminuait seulement que de 10 % à 20 % les gens qui consultent à l'urgence et qui ont moins besoin d'être admis, à ce moment-là, possiblement que ça va faire partie de nos solutions qu'on est en train de mettre en place.

L'autre élément, c'est de développer les ressources nécessaires en fonction des bassins de population. Puis je vais vous donner un exemple: lorsqu'on évalue le nombre de places de ressources intermédiaires, qui est les gens qui sont semi-autonomes, qui ne sont pas capables de retourner à domicile mais qui n'ont pas besoin d'un CHSLD, la norme, c'est 0,8 par 100 personnes de 65 ans et plus. Lorsqu'on arrive au niveau des lits de CHSLD, c'est 2,8 par 100 personnes de 65 ans et plus. Lorsque vous avez un déficit à ces niveaux-là, bien, le patient qui ne peut pas sortir dans ces ressources-là va rester à l'hôpital. Mais ça, actuellement, depuis plusieurs années, on a fait ce travail-là, et c'est le travail de fond qu'on dit qu'on doit faire pour améliorer des services, et c'est ce que nous sommes en train de faire.

L'autre élément, le développement des soins en gériatrie, les unités de courte durée gériatriques, là où est-ce qu'on met beaucoup, dans les établissements, généralement, des populations de 80 000 et plus, des unités d'hospitalisation brève. Plutôt que d'admettre le patient pour qu'il passe sept jours, on a un endroit très spécifique où les médecins sont habitués de faire une... ils passent la journée dans... avec les patients, donc ils peuvent les voir deux, trois fois plutôt que de les voir une fois par journée, et c'est des cas qui, généralement, vont rester moins de 72 heures à l'hôpital. On vient de le mettre en place à l'hôpital du Lakeshore, puis on voit déjà des améliorations. L'Outaouais également est en train de mettre ces équipes-là en place. Valleyfield l'a fait il y a quelques années. Donc, c'est toutes ces stratégies-là, qu'on travaille partout en même temps, qui vont faire qu'on améliore.

Mais, cette année, je tiens à le dire, d'avoir passé de 17,5 à 17 heures de durée moyenne de séjour — j'ai félicité l'équipe du ministère — c'est un travail incroyable. C'est la première fois qu'on change la tendance d'augmentation et qu'on s'est... sur une diminution. Et ça, c'est tout à l'honneur de notre équipe qui a travaillé puis c'est tout à l'honneur des établissements.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Et là-dessus se termine ce bloc ministériel. Et je me tourne vers Mme la députée de Taschereau pour 20 minutes, prochain bloc.

● (16 h 40) ●

Mme Maltais: M. le Président, je ne pensais jamais, à cette Assemblée nationale, voir un ministre invoquer sa propre turpitude pour se disculper. Il a invoqué sa propre turpitude. Oui, il y a une légère baisse d'une demi-heure. Comme je l'ai expliqué, actuellement — je le rappelle aux Québécois — on attend une heure de plus dans les urgences que quand le gouvernement libéral est arrivé au pouvoir, alors qu'ils avaient dit zéro. Donc, entre 17 et zéro, il y a quand même une marge.

Deuxièmement, si on regarde ce tableau de façon très pédagogique, M. le Président, on va voir qu'il y a eu une baisse, à l'arrivée de son prédécesseur, de une heure, Philippe Couillard. Donc, c'est déjà arrivé, une baisse. Mais, tout de suite après, ça a remonté. Et le petit x, ici, c'est l'arrivée du ministre actuel. Et regardez bien ça grimper, tout de suite après, quand notre ministre spécialiste des urgences est arrivé. Alors, quand il est content de se voir baisser un petit peu d'une demi-heure, c'est parce que lui, il a atteint des sommets inégalés au Québec dans l'histoire des ministres de la Santé. Un ministre de la Santé qui invoque sa propre turpitude, je trouve ça extraordinaire. Mais il faut être un peu plus sérieux. C'est l'Assemblée nationale du Québec, il ne faut pas raconter n'importe quoi.

J'aimerais ça parler du cancer, M. le Président. Alors, a été fondée, cette année, la Direction québécoise du cancer. Il faut savoir qu'avant il y avait une Direction de lutte contre le cancer. Ça a été changé pour être... ça s'appelle maintenant la Direction québécoise du cancer. Dans le discours inaugural du premier ministre, de février 2011, le premier ministre avait annoncé une Direction québécoise du cancer extrêmement forte qui allait — je le cite — «coordonner les services et les ressources afin de réduire les délais et [s'assurer] que toute personne touchée ait un accès rapide aux meilleurs services et aux meilleurs spécialistes, au meilleur moment». C'est ce qu'on souhaite tous et toutes. Le cancer, ça touche tous les Québécois, toutes les Québécoises. On est tous... On connaît tous quelqu'un, quelqu'une qui a été touché par le cancer.

Ça devait veiller à l'amélioration continue des soins et des services, au déploiement de programmes de dépistage, utilisation des meilleurs médicaments, coordination des soins palliatifs. C'est vraiment un rôle majeur que nous souhaitons voir jouer à la Direction québécoise du cancer, je le dis d'entrée de jeu. Or, quand on va voir sur le site Internet du ministère, on voit une mission qui est beaucoup plus réduite. On dit que ça découle de celle du ministère de la Santé et des

Services sociaux et que ça consiste essentiellement à orienter et soutenir les activités de lutte contre le cancer au Québec. C'est assez réduit par rapport à l'ambition initiale. Je ne le souhaite pas, je le dis tout de suite.

Alors, j'aimerais savoir quelle est la véritable différence entre ce qui existait avant, la Direction de lutte contre le cancer, et la nouvelle Direction québécoise sur le cancer?

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

M. Bolduc: M. le Président, je vais commencer puis je vais laisser continuer le Dr Latreille.

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

M. Bolduc: Premièrement, peut-être que les phrases sont courtes, mais le travail est énorme. Et, comme de fait, en réalité, la Direction québécoise du cancer a pris en charge tout l'ensemble des soins du cancer, depuis la prévention jusqu'aux traitements, et, en collaboration, au niveau des soins palliatifs. Donc, à tous les niveaux, la direction nationale du cancer... la Direction québécoise du cancer a pris en charge... et c'est une continuité.

Également, nous avons l'arrivée du Dr Jean Latreille, qui est très connu au niveau du traitement du cancer, mais, en plus de ça, au niveau de l'organisation. Le Dr Latreille, j'aimerais ça qu'il dise qu'est-ce qu'il a fait comme travail avant pour voir que ça va être dans la continuité de ce qu'on veut faire au niveau du ministère.

Également, ce qu'on veut mettre en place, ce n'est pas juste une direction nationale du cancer ministérielle, c'est du traitement et les prises en charge dans les communautés, dans les hôpitaux, de mettre en place des systèmes pour que ça fonctionne bien dans toutes les régions, avec une hiérarchisation des services, et ça, ça demande la mise en réseau, en travail interdisciplinaire et en collaboration, de tous les intervenants. Mais la meilleure personne pour nous expliquer le plan de match, c'est bel et bien Dr Jean Latreille, et je vais lui demander de continuer.

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

Mme Maltais: ...je vais... On va entendre le Dr Latreille, ne vous inquiétez pas. Mais je n'ai pas demandé...

Le Président (M. Sklavounos): Mais, pour le moment, je n'ai pas de consentement. On va aller avec une autre question?

Mme Maltais: Non, simplement, je voulais vraiment connaître la différence entre... Je veux terminer avec le ministre d'abord, O.K., simplement.

Le Président (M. Sklavounos): Pas de problème, allez-y.

Mme Maltais: Je voulais connaître la différence entre la défunte et la nouvelle. Donc, est-ce qu'il y a de nouvelles ressources, au ministère, qui ont été ajoutées à cette nouvelle direction? Combien de ressources humaines ou financières ont été ajoutées?

M. Bolduc: M. le Président, ce n'est pas une question de ressources, c'est une question d'organisation de services puis c'est une question d'orientation. Et qu'est-ce qu'on donne comme responsabilités, comme mission à la nouvelle direction, dont, entre autres... c'est la prise en charge totale de tous les services, la coordination des soins et des services, mais, également, c'est la vision de la mise en place d'un réseau de traitement et de prise en charge du cancer dans toutes les régions et jusque dans les communautés.

Donc, c'est... juste pour vous dire, comme au niveau des soins palliatifs, on a développé des... on développe des ressources au niveau des soins palliatifs; ça prend une coordination. La mise en place, également, des nouveaux centres du cancer, ça nous prend la coordination. Juste pour vous donner un exemple, le cancer, ce n'est pas une gestion centralisée, c'est une gestion décentralisée. Mais, à partir du moment... au cours des trois dernières... bien, dans la dernière année, on a le centre d'oncologie du cancer de Gatineau puis de l'Outaouais qui ont ouvert; on a celui, également, de Charles-Le Moyne et on a celui de Laval. Donc, il y a des gens qui allaient se faire traiter à Montréal qui, maintenant, se font traiter dans leur région. Et l'approche que nous avons, c'est une approche, avec cette direction... ce n'est pas de tout traiter, c'est de mettre en place la meilleure organisation de services pour le Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Mme le député de Taschereau.

Mme Maltais: Ma question portait sur les ressources, elle était brève. Nous comprenons donc qu'il n'y a pas de ressources ajoutées dans cette nouvelle Direction québécoise de lutte contre le cancer.

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

M. Bolduc: M. le Président, ce n'est pas des ressources au ministère qu'on veut rajouter. Ce qu'on veut rajouter, ce sont des ressources directement pour donner des services aux patients, mais avec une nouvelle direction qui va nous permettre de tout coordonner ça au niveau interrégional, intrarégional et local.

Mme Maltais: M. le Président.

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

Mme Maltais: C'est donc... On a les mêmes ressources. On a un nouveau leader, ça, je suis d'accord. Je pense qu'on peut parler de leader dans le cas du Dr Latreille. C'est quelqu'un qui est reconnu pour avoir une réelle volonté de faire bouger les choses quand il veut faire bouger les choses. Mais on a un nouveau leader, mais on n'a pas de nouvelles ressources.

Maintenant, j'aimerais savoir quels sont ces nouveaux pouvoirs qui pourraient nous permettre de croire qu'il y aura plus de résultats qu'avec l'ancienne direction.

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

M. Bolduc: Pour avoir rencontré le Dr Latreille, je pense que ça serait important qu'il explique c'est quoi, la mise en réseau qu'on veut mettre au Québec dans l'organisation des services. Puis je pense que la députée de Taschereau va bien comprendre qu'est-ce qu'on voulait dire par une direction nationale...

Mme Maltais: ...l'entendre.

Le Président (M. Sklavounos): Il y a consentement? Parfait. Dr Latreille... et juste lever la main pour le technicien. Il vous a repéré. Sur le même consentement, alors, allez-y.

M. Latreille (Jean): Alors, mon nom est Jean Latreille, directeur de la Direction québécoise du cancer.

Écoutez, quand on a fait la première conférence de presse, on m'avait demandé de faire un plan directeur et un plan d'action. C'est quasiment terminé. Mais, avec la permission du ministre, je peux vous donner les grandes lignes, là, de ce qu'on propose.

Alors, ce qu'on propose, c'est de créer le réseau québécois de cancérologie, et ce réseau-là va être un rassemblement des réseaux régionaux qui ne sont pas en place et qu'on va mettre en place. À l'image de la Direction québécoise du cancer, qui apparaît dans l'organigramme à côté du sous-ministre en ce moment — donc vous pouvez l'interpréter comme vous voulez — on est une direction programme, on est une direction programme. À chaque fois que le mot «cancer» est mentionné, les gens des autres directions me font appel, et, quand on a plus que 51 % d'activité, bien... de plus en plus, on est majeurs dans ce dossier-là. Alors, ça, c'est des changements que moi, je vois depuis que je suis arrivé, des changements qui ne se faisaient pas avant.

En ce qui concerne, donc, la mise en place du réseau, on va demander à ce que, dans chaque région, il y ait une direction régionale de cancérologie et que... tout ça avec des comités de coordination et des comités de concertation. Et l'idée, c'est de mettre en place un réseau. On veut éviter la duplication. Vous savez que, dans certains établissements... Bien, au Québec, je dirais qu'il y a... chaque établissement doit avoir des ordonnances préétablies. Pourquoi est-ce qu'on ne le ferait pas une fois? Pourquoi est-ce qu'on n'aurait pas un site dans le but d'harmoniser les travaux, d'éviter que chaque établissement refasse ses guides de pratique?

Alors, c'est ça, l'idée de mettre en réseau. On va pouvoir dégager une marge de manoeuvre, une marge d'efficacité. On veut organiser des corridors de services. On a déjà mis en place des analyses de processus qui améliorent la livraison de la chimiothérapie au sens de... C'est des projets «lean», là, mais on arrive à faire ça en place. Donc, globalement, c'est mettre en place le réseau, faire travailler tout le monde ensemble, utiliser les corridors de services.

En 2005-2008, j'étais responsable... M. Couillard m'avait demandé de — enfin, le Dr Bureau et M. Couillard aussi — voir à l'évaluation et à la désignation de tous les centres du Québec en matière de lutte contre le cancer. Et donc là ce qu'on va faire en 2012, c'est utiliser tous ces établissements-là qui ont eu un mandat de base, un mandat régional ou un mandat suprarégional, on va les faire travailler ensemble.

Alors, c'est ça, l'objectif, le plan, et, déjà, il y a des actes, là, qu'on a posés dont on devrait avoir les résultats bientôt.

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

Mme Maltais: Je comprends qu'il va y avoir un plan de déposé. Est-ce qu'on peut avoir un échéancier sur à peu près quand ça devrait être présenté au ministre? Et, son approbation, on l'attend pour quand?

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

M. Latreille (Jean): ...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Latreille.

M. Latreille (Jean): J'ai demandé à rencontrer le ministre... Moi, je peux vous dire où est-ce que moi, je vais être rendu. J'ai demandé à rencontrer le ministre à la mi-mai. Nous autres, en ce moment, on est en train de finir les dernières versions. Il faut qu'il l'approuve, donc je lui montre à la mi-mai.

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

M. Bolduc: Puis il m'envoie des courriels régulièrement pour me laisser savoir comment ça évolue. Ça fait que... C'en est un qui m'envoie plus de courriels que je ne lui en envoie. C'est bon dans le réseau de la santé.

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

Des voix: ...

Mme Maltais: Nous pensons... Une seconde, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Suspension, si vous... ou on peut juste couper les micros quelques secondes.

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée Taschereau, on reprend.

Mme Maltais: Dans le Programme québécois de lutte contre le cancer, qui date de 2002, on parlait déjà de directions régionales contre le cancer, ça... Si je comprends bien, on revient aux idées de 2002 qui étaient probablement... à mon avis, une très bonne idée. M. le ministre, ça ne vous a pas tenté de faire ça? Ça fait neuf ans que vous êtes là.

Le Président (M. Sklavounos): On va s'adresser à la présidence, on va toujours... ne pas perdre de vue cette règle-là. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, oui, il y a déjà une organisation régionale au niveau du cancer. Un exemple, Dr Latreille travaillait beaucoup au niveau de la Montérégie. Sauf que là, on veut avoir une structure qui est officielle et dans laquelle... C'est surtout... peut-être pas dans la structure comme dans la coordination. Je parlais tantôt, également, de la hiérarchisation des services, les prises en charge, localement.

Je vais vous donner un exemple au niveau du développement du cancer, c'est... Ce que nous avons fait, comme gouvernement, c'est les centres de cancérologie, entre autres celui de Charles-Le Moyne, celui de Laval, celui également de l'Outaouais, et récemment j'ai annoncé également le développement de la radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue. Donc, au niveau du Québec, on commence à être très bien couverts... on ne commence pas, on est très bien couverts au niveau de la cancérologie, et ce qu'on va faire, c'est mettre une couche de plus.

Mais c'est surtout la question... peut-être pas de la direction, mais il y a aussi la question du réseau. Je pense que la force du Dr Latreille, c'est le réseautage et également sa grande crédibilité qui fait que, quand il apporte des idées, c'est souvent plus facile à mettre en place.

● (16 h 50) ●

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

Mme Maltais: M. le Président, moi aussi, je souhaite que — pour le bien des Québécois et Québécoises — le Dr Latreille réussisse enfin à nous doter d'un véritable réseau de lutte au cancer. C'est important pour la population.

Il y a un outil qui est important, c'est le registre du cancer, qui devait être entièrement fonctionnel, à 100 %, en décembre 2010. Le ministre actuel nous a annoncé qu'il ne réussirait pas à atteindre cet objectif. Il a... Ce registre a commencé à être mis en place en 2011. Au moment de l'annonce, en avril 2011, seulement 34 % des établissements étaient en mesure de transmettre les données à la RAMQ. Je sais que les gens de la RAMQ sont ici. L'objectif du ministre actuel — lui, c'était son objectif — c'était qu'à la fin 2011, donc il y a trois mois et plus, 100 % des établissements soient en mesure de transmettre leurs données à la RAMQ.

C'est un outil qu'on attend depuis très longtemps, que ce registre sur le cancer. On a hâte qu'il soit fonctionnel. Est-ce que le registre sur le cancer, comme l'avait promis le ministre, est enfin à 100 % fonctionnel? Est-ce que tous les établissements envoient leurs données à la RAMQ pour qu'elles soient mises dans le registre sur le cancer?

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

M. Bolduc: Bien, M. le Président, d'abord, je remercie la députée de Taschereau de reconnaître que je vais mettre en place le registre. Il y a parfois certains délais, mais, au moins, on va l'avoir mis en place. Ça fait des années... Puis je pense que, même dans le temps du Parti québécois, il y a quelqu'un, certain, qui a dû déjà penser à mettre en place un registre. Mais là le registre, il va être fonctionnel. Et, lorsqu'on l'a mis en place en avril 2011, à ce moment-là, les établissements avaient leur registre local, un registre des tumeurs, mais on l'a amélioré et puis on a également donné le mandat à la Régie d'assurance maladie du Québec, qui est considérée comme notre grande expertise, au Québec, au niveau de l'informatisation, de prendre en charge le registre du cancer. C'est M. Richard Audet qu'on va... je vais demander de parler, de la RAMQ.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Avec le consentement... Oui, allez-y. Alors, vous présenter, s'il vous plaît, et vous aurez la parole.

M. Audet (Richard): Oui. Bonjour. Richard Audet, vice-président Technologies, Régie de l'assurance maladie.

Donc, effectivement, sur le registre du cancer, nous avons mis en place la première phase en avril 2011 et nous sommes en train de constituer le registre complet, et ça sera prêt pour le 31 décembre de cette année.

Donc, si on prend la première phase, on a implanté une quinzaine de variables. Et la deuxième phase, qui va être implantée d'ici le 31 décembre, va permettre à l'ensemble des établissements qui doivent alimenter le registre avec 150 données à peu près. Donc, ça va être prêt. Tout ça est en construction et ça suit l'échéancier qu'on s'était donné. L'élément clé pour la mise en place du registre, c'était d'avoir le cadre de normalisation. Tout ça a été approuvé par le ministère et ça permet à nos équipes de travailler, au moment où on se parle.

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

M. Bolduc: Ce n'est pas juste le registre, comme les gens pensaient auparavant, de quelques variables, c'est qu'on a repensé au complet qu'est-ce que ça prenait pour mettre dans le registre. Et, comme le dit M. Audet, on est rendus à 150 variables. Et, entres autres, dans les anciens registres de tumeurs, une des problématiques qu'on avait, c'est que, s'il n'y avait pas de pathologie... exemple, une leucémie, bien, elle ne faisait pas partie du registre, tandis que maintenant, c'est vraiment un registre du cancer, tous cancers confondus.

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

Mme Maltais: Oui. Je rappelle que c'était une annonce de Philippe Couillard, en 2007, pour une mise en place en décembre 2010, que ça a commencé à être vraiment mis en place... la première phase a été annoncée trois ans et demi plus tard, en avril 2011, et qu'on nous avait annoncé, pour décembre 2011, c'est-à-dire dans le passé, que 100 % des établissements pourraient transmettre leurs données. Est-ce que 100 % des établissements transmettent leurs données à ce jour-ci, c'est-à-dire près de quatre mois après la date annoncée par le ministre?

Deuxièmement, si ce n'est pas 100 %, c'est quoi, le pourcentage? On veut suivre la... On veut suivre l'évolution du registre. On veut comprendre à quelle vitesse ça avance. Et, si ça n'avance pas, pourquoi ça n'avance pas?

M. Bolduc: M. Audet, il a les chiffres.

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet, sur le même consentement?

Mme Maltais: Oui, consentement.

M. Audet (Richard): Oui. Donc, au 31 décembre... au 31 mars — je m'excuse — de 2012, la cible était d'avoir transmis 100 % des cas. Actuellement, les résultats sont que 50 établissements... donc, ça, c'est les 50 établissements visés, c'est 75... 64 % des 50 établissements qui ont atteint la cible.

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

Mme Maltais: Merci. Donc, si je comprends bien, ça devait être 100 % de la première phase en décembre 2011, et on est à 64 %. Pourquoi c'est si difficile? Pourquoi vous ne réussissez pas? Pourquoi on rate toujours l'échéancier? C'est ça que je veux comprendre.

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

M. Bolduc: Bien, un, c'est qu'on réussit. C'est des dossiers extrêmement complexes, ce n'est pas juste seulement que connecter deux fils. C'est la mise en place locale, régionale et... au niveau de la RAMQ, de toute la banque de données. Mais je vais demander à M. Audet de donner la raison parce que c'est notre grand expert dans ce domaine.

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet, sur le même consentement. Allez-y. Allez-y.

M. Audet (Richard): Donc, pourquoi ça n'a pas été fait encore? C'est que, dans les établissements, ils doivent procéder à des adaptations de leurs registres locaux pour les fins de transmission. Donc, il y a de la normalisation aussi à faire. Ce que je comprends, c'est que toutes les actions étaient entreprises auprès des établissements pour que ceux-ci procèdent à la normalisation de leurs registres locaux pour les transmettre dans le mode normalisé qu'on veut les recevoir dans le registre central, donc dans le registre national québécois.

Mme Maltais: Est-ce que...

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

Mme Maltais: M. le Président, ce que je voudrais comprendre... Il y a quand même eu, là... Ça fait... Il y a eu une première annonce de M. Couillard; c'est tombé à l'eau. Il y a eu le ministre qui s'est engagé à décembre 2011; c'est tombé à l'eau. Il n'y a pas eu de rencontre avec les établissements? Il n'y a pas eu d'étude de faisabilité? C'est parce que ça devient épuisant que de courir après les échéanciers du ministre parce que ses échéanciers, ils changent tout le temps. Je ne parlerai... Je pourrais parler du DSQ, mais on a déjà eu bien des discussions là-dessus, où ça a évolué de 10 ans, comme échéancier.

Là, encore une fois, un échancier nous échappe. C'est parce que ça décourage le réseau, ça décourage les gens qui attendent puis ça finit par occuper beaucoup l'opposition parce qu'on passe notre temps à mettre le ministre face à ses échanciers.

Est-ce qu'il y a eu une étude avant? Est-ce qu'il y avait une discussion avec les établissements? Comment ça se fait que vous êtes passé à côté comme ça, M. le ministre?

Le Président (M. Sklavounos): Il reste 30 secondes, M. le ministre, alors courte réponse.

M. Bolduc: M. le Président, ça va être un grand succès. Comme tout projet informatique, parfois il y a certains délais qui, dans le cas qui nous concerne, ne sont pas si longs que ça. Et je rappellerais que le Parti québécois, il n'a rien fait en informatique. Ils n'ont rien foutu pour nous informatiser, c'est notre gouvernement qui l'a commencé et on va le finir.

Le Dossier santé Québec, il est en train de se mettre en place. Le registre des tumeurs du cancer est en train de se mettre en place. Je ferais remarquer à la députée de Taschereau que, si eux autres, à l'époque, avaient fait des choses, peut-être qu'on serait moins en retard aujourd'hui. Mais on va récupérer le retard. Et les échanciers sont serrés, on aime mieux avoir des échanciers serrés. Mais ce qui est le plus important pour la population du Québec, c'est que ça marche, c'est efficace. Et, oui, on va avoir toutes les données et, oui, on va avoir un des meilleurs registres du cancer au niveau du Canada.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, ça complète ce bloc de l'opposition officielle. Je retourne tout de suite aux députés ministériels, à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Je voudrais revenir brièvement sur les propos d'ouverture de notre collègue députée de Taschereau, parce qu'elle disait que ça prenait plusieurs ingrédients pour faire en sorte d'améliorer le réseau de la santé et des services sociaux. Elle parlait de leadership et de volonté politique. Moi, je voudrais prendre quelques minutes pour saluer l'initiative, d'abord, du ministre qui a précédé à notre ministre actuel, car, en 2006, on a reçu, la région de l'Outaouais, un statut particulier en matière de soins de santé, et notre ministre actuel perpétue cette belle décision qui avait été prise en 2006.

Parce que, vous savez, l'Outaouais présente plusieurs défis, comme je l'ai mentionné tout à l'heure: notre proximité avec l'Ontario, et tout ça. Et le statut particulier qui nous a été octroyé en 2012, encore, on reçoit 20 millions de dollars non récurrents, non identifiés... c'est-à-dire récurrents et non identifiés, ça veut dire qu'on peut mettre des mesures en place qui répondent aux besoins du milieu. Ce sont des mesures de rétention du personnel médical et hospitalier.

● (17 heures) ●

Il y a des mesures aussi pour développer de la formation dans le secteur de la santé, parce que nous, on croit que, si on forme les gens en Outaouais, ils vont y jeter leurs racines, puis ils vont y demeurer puis ils vont pouvoir contribuer à notre réseau. Puis il y a aussi une question d'infrastructures.

Alors, l'Outaouais présente un profil assez particulier, surtout lorsqu'on parle du réseau de la santé, et c'est ce qui m'amène de vous parler d'un sujet d'actualité, les coopératives de santé, parce qu'elles sont... je crois qu'elles ne sont peut-être pas nées mais presque en Outaouais en 2001, la Coop Santé Aylmer, parce que ces coopératives-là ont été identifiées comme un modèle apprécié, là, dans le contexte de pénurie, et par les médecins et par la population, puis c'est aussi un service de proximité.

Mais, vous savez, il s'est dit tout et son contraire sur les coopératives de santé. Je voudrais rappeler aussi que c'est à la suite du reportage de l'émission *La Facture* en septembre 2010 que la Régie de l'assurance maladie du Québec a décidé de faire enquête avec le ministre sur des coopératives de santé, celles... trois entre autres: La Prairie, Gatineau et Pointe-du-Lac. L'enquête de la régie s'est conclue en septembre 2011, alors ça a pris toute une année pour pouvoir faire la lumière sur les enjeux qui ont été soulevés suite à la mise en place des coopératives de santé.

Moi, je voudrais entendre, M. le Président, M. le ministre ou quelqu'un d'autre nous parler, là, de ce qu'il en est... quelles sont les conclusions de cette enquête? Parce que, comme je le mentionne, on entend toutes sortes de choses et ce n'est pas clair pour l'ensemble des acteurs du réseau et de la population. Alors, je voudrais connaître quelles ont été les interventions de la régie et quelle en est la situation aujourd'hui par rapport aux coopératives de santé au Québec.

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

M. Bolduc: Bien, on va la traiter en deux parties. Je vais traiter la première partie, qui est le principe des coopératives, et puis Dr Marc Giroux, le président de la RAMQ, va venir expliquer qu'est-ce qu'il en est des enquêtes.

Première chose, quand on parle de coopératives, on parle de plusieurs concepts, et c'est un concept qui peut être très bon. Dans quels cas qu'il est très bon? C'est que, si vous avez une communauté qui n'a pas de clinique médicale, ils peuvent se décider de se doter d'une clinique médicale avec des services pour offrir à des médecins de pouvoir venir pratiquer sans qu'ils aient à investir de l'argent ou que ce qu'ils veulent faire, c'est tout simplement une bonne pratique médicale sans avoir de tracas administratifs.

Donc, des communautés qui ont de la difficulté à recruter ont décidé de monter ce modèle-là. Sauf qu'eux autres, pour réussir leurs projets, ils demandent à des gens de contribuer sous forme de cotisation. Jusqu'à date, il n'y a pas de problème. Où il y a un problème, c'est lorsque la cotisation devient un frein modérateur pour avoir accès aux services. Et, dans certaines communautés, la clinique ou la coopérative disait: Si vous n'êtes pas membre, vous n'avez pas le droit de venir. Mais vous comprenez que ça a un effet extrêmement négatif. Si la personne qui ne veut pas devenir membre ou qui n'aurait pas les moyens de devenir membre, à ce moment-là, n'ont pas accès aux services dans la communauté, il n'y en aura pas d'autre, clinique.

Donc, on a tracé la ligne à un endroit puis jusqu'à maintenant, après trois ans, ça tient la route. Le modèle des coopératives est excellent, en autant qu'il ne limite pas l'accessibilité aux services, et que d'avoir le service n'est pas en fonction de la cotisation. Et c'est ça, la ligne, et c'est la même pour tout le monde. Ce qui fait qu'on a fait lancer le message, on a rencontré les associations de coopératives: elles sont d'accord avec le principe.

Ça fait que, lorsqu'on téléphone à une coopérative puis ils disent: Si vous n'êtes pas membre, vous ne pouvez pas venir, ou que vous allez avoir un délai ou que vous n'aurez pas le même service, c'est illégal. Et c'est la base sur laquelle la RAMQ fait ses enquêtes. C'est sûr qu'il y en a qui essaient de passer à côté, il y en a qui voudraient obliger... Mais on s'entend... et le message est très clair: Si vous ne répondez pas à la règle, à ce moment-là, on aime autant que vous n'existiez pas. Pourquoi? Parce que c'est discriminatoire pour d'autres personnes qui reçoivent des services.

Récemment, j'ai fait une conférence à la chambre de commerce de Matane où, dans la salle, il y avait une coopérative. La personne s'est levée pour se plaindre parce qu'il y avait une enquête de la RAMQ, et les gens disaient que le ministre clarifie sa position. Ma position a toujours été claire, je l'ai dit publiquement, et le député de Matane, à ce moment-là, me disait que ce n'était pas clair. C'est clair. D'ailleurs, on a eu le jugement récemment du côté de la RAMQ, et la clinique va se conformer ou s'était déjà conformée. Donc, ils vont répondre aux critères que ce n'est pas parce que tu es une coopérative que tu peux être discriminatoire par rapport aux gens qui peuvent consulter chez toi.

Et là je demanderais à monsieur... Dr Marc Giroux d'expliquer où on en est dans les enquêtes. Et je tiens à le dire, j'ai demandé à la RAMQ de vérifier régulièrement au niveau des coops que ce principe-là soit respecté.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, M. Giroux, avec le consentement des membres. Mme la députée, ça va? Alors, je vais vous demander de vous présenter. Par la suite, vous aurez la parole. M. Giroux, allez-y.

M. Giroux (Marc): Marc Giroux, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie. Donc, pour compléter les propos du ministre, effectivement, la position est très claire: c'est que l'accès aux médecins qui travaillent dans la coopérative ne doit pas être conditionnel à un paiement quel qu'il soit. Donc, cette position-là a été expliquée à la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, qui est l'organisme qui représente les coopératives. On a eu leur accord total et, même, ils collaborent beaucoup pour que toutes les coopératives se rangent sur cette position-là.

Donc, ce qui s'est passé depuis... particulièrement au mois de décembre, après avoir rendu notre opinion sur les trois coopératives dont on a mentionné le nom tout à l'heure, on a écrit à toutes les autres coopératives de la santé — il y en a à peu près 50 — pour les informer des conclusions de notre enquête sur les trois coops, et évidemment on leur a demandé de corriger leurs modèles d'affaires, le cas échéant.

À la mi-décembre 2011, la régie a été informée que des coopératives de santé continuaient d'exiger le paiement d'une cotisation annuelle pour permettre aux gens à avoir accès à un médecin. La régie a donc joint par téléphone toutes les coopératives de santé, c'est-à-dire les 50, et, de ce nombre, 15 d'entre elles offraient toujours des privilèges d'accès aux membres de la coopérative. Ainsi, il était obligatoire d'être membre et de payer une cotisation annuelle pour obtenir un rendez-vous avec un médecin, ou encore il fallait être membre pour être sur la liste d'attente afin de voir un médecin. Les 15 coopératives concernées ont reçu une mise en demeure les enjoignant de cesser d'offrir des privilèges d'accès à un médecin moyennant le paiement d'une contribution annuelle.

Toutes ces coopératives de santé nous ont fait la démonstration qu'elles respectaient dorénavant les principes d'accessibilité et d'universalité qui se rattachent à la Loi de l'assurance maladie. Cependant, la régie demeure vigilante pour s'assurer que les coopératives respectent ces principes en tout temps. C'est pourquoi d'autres vérifications pourraient se faire ultérieurement si, par hasard, nous avions des plaintes qui origineraient de notre commissaire aux plaintes ou encore de personnes dans la population.

Par ailleurs, il est important de préciser que la régie a déployé plusieurs actions au cours des derniers mois pour informer les citoyens et les professionnels de la santé sur les frais qui peuvent ou non être exigés aux patients. D'une part, les citoyens sont invités à visiter le site Internet de la régie pour prendre connaissance de nos décisions dans les dossiers des enquêtes menées auprès des coopératives de santé. La régie est à concevoir, en collaboration avec la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, une affiche pour informer les citoyens que l'accès à un médecin doit être sans condition et sans discrimination. On va évidemment leur demander d'afficher cette information-là de façon très évidente.

D'autre part, du côté des professionnels de la santé, la régie a transmis une communication à tous les médecins concernant la facturation de frais illégaux et a mis en place l'unité d'inspection de frais aux personnes assurées. Cette unité d'inspection à vocation préventive, éducative visitera toutes les cliniques médicales et coopératives de la santé. En ce qui concerne cette unité d'inspection, dont la mise en place a été annoncée par la régie en novembre dernier, 65 inspections ont été réalisées de décembre 2011 jusqu'en mars 2012. Le bilan de ce premier bloc de visites est actuellement en préparation. Les cliniques médicales visitées seront informées de nos constats, et éventuellement la régie les rendra publics sur son site Internet.

Sommairement, on s'aperçoit qu'il y a un gros problème de compréhension, à savoir qu'est-ce qui est légal et qu'est-ce qui est illégal. Donc, la régie, depuis les derniers mois dans la dernière année, a fait des efforts importants pour informer les participants, que ce soient les personnes assurées ou les médecins. Je dois également souligner en terminant que le Protecteur du citoyen est impliqué dans ce dossier-là parce qu'évidemment il peut recevoir des plaintes, à l'occasion, de gens qui doivent payer des frais dans les coopératives.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Giroux. Il reste encore 9 min 30 s. M. le ministre, complément? Allez-y.

M. Bolduc: Je veux faire un message public clair, là: il y a un seul modèle qui va être accepté au niveau des coopératives, et ça ne doit pas être en relation avec le paiement: ça, c'est la première chose. Il faut que ce soit clair pour tout le monde.

La deuxième, les citoyens qui ont... qui apprennent ou qui sont victimes de discrimination, qu'ils avertissent la Régie de l'assurance maladie du Québec. La première chose, c'est la vigie citoyenne.

Et, la troisième, la régie va en faire, elle, des vérifications. Donc, comme ça, le problème des coopératives avec la discrimination, on ne devrait plus en avoir. Et je tiens à le dire pour finaliser: C'est un très, très bon modèle mais appliqué avec le principe que je viens de vous dire.

● (17 h 10) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste encore 8 min 30 s. Mme la députée de Hull, la parole est à vous.

Mme Gaudreault: Oui, merci. Alors, moi, je suis tout à fait d'accord avec mon collègue le ministre et moi, je veux saluer les citoyens et les médecins qui s'unissent pour trouver des solutions pour permettre un meilleur accès à notre réseau. Souvent, c'est un problème d'accessibilité, on a différentes raisons pourquoi les urgences sont engorgées. Et je pense que d'avoir des cliniques sur le territoire, des cliniques ouvertes, avec des heures vraiment atypiques, soirées, fins de semaine... Et ça, je pense que les coopératives répondent bien à ce modèle-là. Et il faudrait les multiplier, favoriser leur multiplication plutôt que les mettre au défi. Alors, je suis très heureuse de cette clarification aujourd'hui, qui va faire en sorte qu'il y aura d'autres coopératives qui vont être créées.

Je veux parler aussi... Il y a différents volets en santé, puis on n'a pas parlé de la santé mentale encore. Parce que, vous savez, M. le Président, à tout moment, une personne sur cinq souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale. Devant ces constats, on a parlé de l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, auparavant, il avait ciblé la santé mentale comme une priorité nationale. Il avait lancé un plan d'action en santé mentale de 2005 à 2010, et ce plan d'action s'adressait à toute la population. Il était question de développer prioritairement des services rapides, accessibles, de première ligne en santé mentale. Ça, c'était la base de ce plan-là.

Il y avait des mesures aussi qui avaient été prises pour améliorer les services destinés aux jeunes, aux adultes ayant un trouble mental grave, et des priorités ont été établies pour les personnes avec un risque suicidaire élevé. On a parlé des urgences tout à l'heure. Et moi, j'ai fait partie de la commission sur l'itinérance, puis on nous a parlé beaucoup de cette problématique de santé mentale dans le milieu hospitalier. Parce qu' imaginez, là, une salle d'attente bondée de monde, des enfants, des aînés, tout ça, puis il arrive une personne qui est en crise, qui souffre de maladie mentale, et ça, ça désorganise tout, tout le service de première ligne.

Alors, moi, j'aurais une question... Puis je veux vous dire aussi, nous, en Outaouais, avec la collaboration du ministre, on a pu intégrer le centre Pierre-Janet, qui était notre hôpital destiné à offrir les soins de santé mentale. Et ça, ça a été intégré à notre CSSS, justement pour favoriser une meilleure prise en charge des patients, accélérer la prise en charge et la continuité des soins. Parce que c'est un problème qui ne se règle par du jour au lendemain, ce n'est pas comme un plâtre qu'on va placer sur un membre à l'urgence. La santé mentale, c'est très, très compliqué.

Alors, moi, je veux savoir s'il y a des régions où, justement, ce plan d'action là a été un succès, s'il y a d'autres régions où ça a été difficile de l'implanter, tout ça. Alors, j'aimerais que le ministre ou qu'un expert dans le domaine puisse nous informer des résultats de ce plan d'action.

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

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais au Dr André Delorme, qui est responsable... directeur de la santé mentale au ministère, qu'il puisse venir nous... s'exprimer là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, pour qu'on puisse entendre M. Delorme, je vais vous demander... Oui, il s'est levé, le technicien l'a repéré. Vous pouvez vous présenter et, par la suite, vous aurez la parole.

M. Delorme (André): M. le Président, André Delorme, je suis le directeur de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

M. Delorme (André): Alors, effectivement, depuis plusieurs années, on travaille à mettre en place les différentes mesures qui étaient proposées dans le Plan d'action en santé mentale. Il faut comprendre qu'historiquement la santé mentale est partie de l'époque où on avait des asiles. On est passés des asiles vers les hôpitaux psychiatriques, on est passés des hôpitaux psychiatriques vers les hôpitaux généraux et spécialisés, mais l'évolution vers la communauté et le rapprochement vers les gens qui doivent avoir accès à des services s'est arrêté là. Et, avec le Plan d'action en santé mentale, ce qu'on visait, essentiellement, c'était de mettre en place des services de première ligne à travers la province.

Mais, comme je vous dis, on partait de très loin, et c'est un peu comme si, aujourd'hui, on disait: Il faut mettre des blocs opératoires à travers la province, mais il n'y en a pas. Alors, c'est un grand défi que de mettre à travers toute la province, là, des ressources de première ligne. Et, depuis 2005, on est rendus, du côté des adultes, à peu près à 50 % à 60 % des ressources humaines requises en première ligne, donc on a fait un cheminement, là, important, et du côté des jeunes également. Donc, on a mis en place tout un réseau d'équipes de santé mentale pour les jeunes jusqu'à 18 ans et un autre

réseau pour les adultes de 18 ans et plus. Et, dans toutes les régions de la province, on a maintenant des équipes ou des services de santé mentale de première ligne.

On a également... Et, bon, il faut comprendre également que la pathologie la plus fréquente en santé mentale, c'est la dépression, suivie de très près avec les troubles anxieux... par les troubles anxieux, je m'excuse. Et ce sont des pathologies qu'on rencontre fréquemment et surtout dans les cabinets de médecins de famille. Et donc, l'importance d'avoir ces équipes de première ligne, c'est d'être capable de s'arrimer, de travailler en réseau puis de travailler en collaboration avec les médecins de famille afin d'assurer l'accès... parce que les gens, la porte numéro un où ils vont cogner quand ils ont un problème de santé mentale, c'est dans le bureau du généraliste — ils font confiance aux généralistes — et ça représente un nombre important de clients à tous les jours dans ces bureaux-là.

La capacité de s'arrimer, de travailler en réseau avec les généralistes, ça vient rendre la tâche du généraliste beaucoup plus efficace auprès de ses clients qui ont des problèmes plus généraux de dépression ou de troubles anxieux. Et ça a également un impact sur le reste du réseau, parce que ça veut dire que ces gens-là, pris en charge rapidement par le généraliste et par une équipe de santé mentale, vont éviter des visites à l'urgence, vont éviter d'embourber nos urgences. Alors, vous voyez, c'est tout un système qui s'imbrique, chacun des morceaux, les uns dans les autres.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Delorme. Il reste deux minutes pour une dernière question complémentaire, Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Bon. Alors, on a fait l'éloge de toutes les mesures qui ont été mises en place avec ce premier plan d'action. Maintenant, j'imagine qu'il y aura une suite et j'aimerais savoir quelles sont les mesures qui ont été identifiées pour un nouveau plan, là, au cours des prochaines années.

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

M. Bolduc: Je demanderais à Dr Delorme de s'exprimer là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Delorme, allez-y. Deux minutes.

M. Delorme (André): Deux minutes? Bien, évidemment, il y a un premier élément qui sera clair, c'est que ce qu'on a commencé à mettre en place dans le plan d'action 2005-2010, bien, on doit le compléter. C'est clair qu'il y a plein de choses, il y a beaucoup de travail qui a été fait, mais c'est important de pouvoir le compléter.

Je vous ai parlé à l'instant, là, des médecins de famille, et on vaudra sans doute, dans le prochain plan d'action, mettre plus d'emphase sur l'arrimage entre les services de première ligne et les médecins de famille. On est en train de mettre en place ces services de première ligne là dans la communauté, mais il reste encore du travail à faire pour vraiment que cet arrimage-là soit très fort. Et donc il y aura sans doute une section qui vaudra aborder ça.

Et la troisième section... Je pense qu'on arrive à un moment, au niveau de la littérature scientifique, où on se rend compte que, vous savez, 75 % à 80 % des pathologies qu'on retrouve chez les adultes sont apparues à l'enfance ou à l'adolescence. Alors, ça, ça veut dire qu'on se rend compte aujourd'hui que les patients qu'on commence à traiter quand ils ont 25 ans, ça fait déjà 10 ans que la pathologie est apparue, qu'elle s'est chronicisée. Alors, il y aura là vraiment un effort important à faire sur la capacité à détecter beaucoup plus précocement les pathologies mentales, être capable de les traiter beaucoup plus rapidement dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent pour éviter une chronicisation, éviter une perte de performance à l'école, être capable de s'assurer qu'il puisse rester sur le marché ou accéder au marché du travail et devenir un citoyen à part entière.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Delorme. Alors, ceci met fin à ce bloc ministériel. Je vais me tourner vers l'opposition officielle et céder la parole sans plus tarder à Mme la députée de Taschereau pour un autre bloc de 20 minutes.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. J'ai écouté avec beaucoup d'attention ce bloc où on a parlé effectivement des coopératives de santé, où on avait déjà interpellé le gouvernement en se demandant comment on allait résoudre le problème. Je suis bien contente et je veux dire au Dr Delorme que, par respect pour ma collègue Danielle Doyer, qui s'occupe du dossier de santé mentale, je ne continuerai pas dans la même foulée, même si ça me touche et ça m'interpelle véritablement. Demain, après-midi, ma collègue, en début d'après-midi, sera avec moi puis, à ce moment-là, on aura sûrement l'occasion de revenir sur le sujet.

Je veux vraiment bien comprendre l'échange qu'on a eu tout à l'heure concernant la mise en place du Registre québécois sur le cancer parce que, dans la réponse qu'on nous avait donnée, dans les cahiers des crédits, en page 173, dans le volume II, il était écrit ceci: «Pour l'année 2011, les 50 établissements ciblés avec un laboratoire de pathologie ont transmis les informations exigées par le Registre québécois du cancer.» Donc, tout à l'heure... on vient de nous dire qu'il y a 64 % des 50. Dans les cahiers, c'est écrit «des 50». Est-ce qu'il y a une incompréhension à quelque part de la question ou bien quelle est la différence entre le chiffre qu'on vient de nous donner oralement et ce qui nous est écrit dans notre cahier des crédits?

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre? En train de faire la vérification?

● (17 h 20) ●

M. Bolduc: M. le Président, on va faire la vérification. Puis, pendant qu'ils font la vérification, si vous voulez poser une autre question... On peut attendre, mais... On va trouver la réponse.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Alors, puisque des gens cherchent des réponses, peut-être qu'ils pourront trouver la réponse à la deuxième question qui m'est suscitée par l'échange qu'on a eue tout à l'heure. C'est que, normalement — et c'est clair aussi dans cette réponse-là — la mise en place de registres locaux de cancer, ça venait après. Là, on nous dit que ça ne marche pas parce que les registres locaux ne sont pas prêts. En tout cas, c'est ce que j'ai compris. Alors, j'aimerais vraiment qu'il y ait un éclaircissement, ça peut être un peu plus tard, mais qu'il y ait un éclaircissement sur ces deux questions-là pour bien comprendre où on en est puis la mécanique des choses. Parce que ce que me dit le livre et ce qu'on m'a dit me semblent contradictoires.

Le Président (M. Sklavounos): ...comprendre qu'on peut répondre à cette deuxième question tout de suite. M. le ministre.

M. Bolduc: La deuxième, je peux initier puis les experts compléteront. C'est que déjà localement il y avait des registres. Et, c'est sûr, quand on refait un registre national, il y a de la normalisation qui doit se faire, de la normalisation dans le type de donnée qui doit être transféré — entre autres, on a augmenté le nombre de données — et également sur la norme par rapport à cette donnée-là. Et souvent les établissements avaient déjà un registre.

Mais, si on augmente le nombre de critères, bien, il faut qu'ils refassent leur registre eux autres mêmes localement. Donc, ça se fait en collaboration. Et c'est vraiment un travail progressif où il y a des ajustements. Et ce qui fait base de la donnée qui va être finale, c'est la consigne qui est centrale à laquelle vont devoir se joindre les registres locaux. Et je demanderais à M. Audet de compléter ma réponse.

Le Président (M. Sklavounos): Vous pouvez demeurer en place, M. Audet. Le micro peut capter, le technicien vous a repéré. M. Audet... Sur le même consentement, ça va, Mme la députée de Taschereau?

Mme Maltais: ...

Le Président (M. Sklavounos): M. Audet, ça va. Allez-y.

M. Audet (Richard): Oui. Peut-être, je devrais relire un peu l'objectif. En fait, l'objectif, c'était que chacun des établissements transmette 100 % des cas. Effectivement, il y a 50 établissements, tel que prévu, qui ont transmis... mais ils ne se sont pas rendus à 100 %. La plupart se rapprochent du 100 %. Donc, le 64 %, c'est ceux qui ont atteint la cible de 100 %. Et donc c'est exact, ce qui a été donné dans le livre des crédits. Mais la nuance, c'est de dire que c'est 64 % qui ont atteint la transmission à 100 %.

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

Mme Maltais: D'accord, c'est... Merci pour l'explication, c'est clair. L'autre question que je poserais, c'est: Il y a combien des établissements de santé et services sociaux qui ont actuellement un registre local? Quel pourcentage?

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

M. Audet (Richard): Je n'ai pas la réponse exacte ici, mais je peux revenir avec, si vous voulez.

Le Président (M. Sklavounos): Est-ce que le ministre s'engage à ce que cette réponse soit fournie?

Mme Maltais: Je peux aider en disant qu'une évaluation sommaire m'amènerait à ce qu'il n'y a pas la moitié des établissements de santé et de services sociaux actuellement qui ont un registre local. Est-ce que je m'approche de la vérité?

Le Président (M. Sklavounos): J'ai vu la main du docteur...

Mme Maltais: Dr Latreille veut peut-être répondre.

Le Président (M. Sklavounos): Je vais permettre à M. le ministre d'aller...

M. Bolduc: Bien, on va compléter en douce. Ça dépend de ce que vous entendez. C'est que c'est les services de pathologie qui transfèrent les données, il y a également d'autres maladies... Mais le Dr Latreille est vraiment l'expert.

Le Président (M. Sklavounos): ...consentement? Consentement. Dr Latreille, juste lever la main, juste pour être sûrs que le technicien nous suit. Ça va être le Dr Latreille. Allez-y.

M. Latreille (Jean): Oui. Écoutez, dans le plan, les établissements devaient envoyer des données de pathologie. Je pense qu'on s'entend, là. J'ai demandé la question ce matin. Les 50 ont donné des données. Il y en a quelques-uns qui, bien... Moi, les chiffres de ce matin, ce n'était pas 38 %, là ou 36 %, là. C'était un peu moins que ça. Il y a certains établissements qu'on a de la difficulté à avoir des chiffres d'eux autres, de façon à jour, là, c'est-à-dire avril 2012. Mais la plupart ont... La grande majorité ont envoyé des chiffres et sont capables de le faire.

Le défi, c'était qu'il fallait aller d'une feuille de résumé de dossier à une feuille de pathologie. Pas tous les laboratoires au Québec utilisent Word. Pas tous les pathologistes sont capables de transmettre les données à l'archiviste qui, elle, doit l'envoyer pour le moment au fichier des tumeurs pour le côté pathologie.

Pour répondre très précisément à votre question, tous les hôpitaux, à la fin du mois de décembre de 2012, vont avoir un programme local. En ce moment, ils sont en train de regarder... on est en train de regarder les fournisseurs. À notre grande surprise, il n'y a pas foule. Il y en a un, fournisseur francophone, qui s'appelle SARDO, qui est un produit du Québec, qui est en train d'être évalué... et il est en train de regarder s'il est capable de répondre... Ça, c'est le Dr L'Espérance, là, qui a son programme. Il est en train de regarder s'il est conforme aux exigences de la RAMQ et du ministère pour que tout se fasse. Il y a un autre, qui s'appelle Metriq, qui est un produit qui vient de la compagnie Elekta, qu'il y a deux établissements qui ont ça, c'est en anglais. Et il y a Telus pour Québec, puis il y a Ariane à Sherbrooke. Et les deux sont en retard sur leur échéancier, qu'on leur a demandé.

Alors, oui, c'est la réalité, mais tout le monde, là, est venu à la dernière rencontre qu'on a eue avec eux autres. Il y a des rencontres avec le réseau à toutes les semaines... par les deux personnes qui sont responsables d'implanter le registre avec les gens du réseau. Et je peux vous dire que ça avance bien. On est en train de former des archivistes, des registraires. C'est quelque chose qui est malheureusement complexe, ce n'est pas évident de faire changer les hôpitaux de bord. Mais, en décembre, on sera heureux de vous faire voir, là... Tout devrait fonctionner.

Mme Maltais: M. le Président, je comprends qu'on a toujours dans l'oeil l'échéancier... Enfin, non plus 2010, non plus 2011, mais décembre 2012 serait le nouvel échéancier ministériel.

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

M. Bolduc: La réponse, oui, mais ce que la population est en mesure de constater... ça va marcher. Et c'est ça qui est important. Le service aux patients, c'est complexe, c'est... Juste pour vous dire, c'est très, très complexe, parce qu'on touche plusieurs variables, on touche des sujets sensibles. Ce n'était pas tout le monde qui, au niveau local, avait tous les outils. Mais, d'ici décembre 2012, on devrait leur donner, à tous, tous les outils pour bien travailler.

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

Mme Maltais: Pour continuer sur le sujet du cancer, mais de façon vraiment beaucoup plus pointue, là, je veux parler de quelque chose qui m'a été soumis. Les chercheurs du Canada, incluant ceux du Québec, sont tenus de suivre l'énoncé de politique des trois conseils pour ce qui concerne l'éthique de la recherche avec des êtres humains. On parle bien, là, des cellules qui sont soutirées aux fins de la recherche. Depuis décembre 2010, il y a un nouvel article qui stipule que les chercheurs peuvent utiliser le matériel biologique humain à des fins de recherche sans le consentement de la personne lorsque certaines conditions sont remplies, à la satisfaction d'un comité d'éthique. Et là c'est balisé; il y a des conditions très, très, très précises.

C'est pour les chercheurs du Canada, sauf au Québec, pour ce qui est préalable à 2001. Pourquoi? Parce qu'à partir de 2001 on a commencé à subventionner la recherche avec le Fonds de recherche en santé du Québec et, en même temps, on a énoncé les critères de gestion de ce matériel humain et les critères de consentement. On sait qu'au centre Fabia-Deschênes, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, ici, au centre du cancer du sein, il y a de la recherche depuis 1994. De 1994 à 2001, il y a eu prélèvements de matériel humain. Or, on ne peut pas l'utiliser. La plupart de ce matériel risque d'être perdu. Pourquoi? Parce que notre Code civil, lui, est très clair. On dit qu'«une partie du corps, qu'il s'agisse d'organes — ta, ta, ta — de tissus [...] d'autres substances, prélevée sur une personne dans le cadre de soins qui lui sont prodigués, peut être utilisée aux fins de recherche, avec le consentement de la personne concernée ou de celle habilitée à consentir pour elle».

Mais, avant 2001, il faut maintenant aller chercher... On n'avait pas de consentement signé. Donc, pour les utiliser, il faut aller chercher le consentement de ces personnes. Souvent, on ne sait plus où elles sont. Elles sont difficile à retracer, tout ça. C'est 10 000, 10 000 échantillons. ça aiderait la recherche sur le cancer du sein. Le cancer du sein, c'est.. je vais dire les mots, là, parce qu'ils me touchent, c'est un tueur que nous sommes en train de combattre au Québec de toutes nos forces.

Je voudrais savoir si le ministre... si le ministère a travaillé au sujet de la modernisation des règles entourant la recherche pour permettre aux chercheurs du Québec d'avoir accès à ces échantillons.

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

M. Bolduc: M. le Président, si ça va bien, on a la planification de déposer un projet de loi à l'automne par rapport à la recherche, et ça va probablement être un de éléments qu'on va traiter. Sauf que, comment on va le traiter, on va le voir à ce moment-là. Parce que, parfois, il y a des règles éthique ou des règlements qui se sont passés à des endroits. Mais, pour nous, c'est bien important, au Québec, parce qu'on a eu l'expérience dans le passé, ça va être le plus haut niveau d'éthique de la recherche qu'on peut avoir au monde. Sauf que ça va être dans le cadre d'un projet de loi qu'on va avoir l'occasion de le regarder, puis, à ce moment-là, avec la députée, on pourra en discuter.

Puis on pourrait... Puis, pour compléter, si vous voulez avoir des réponses un peu plus précises, on pourrait demander à M. Lalumière, là, qui est responsable du projet de loi, qui est sous-ministre à la recherche, de nous donner des explications par rapport à ce point précis.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): ...avec le consentement, alors simplement lever la main. Repéré par le technicien, ça va? Alors, je vais vous demander de vous présenter pendant que vous aurez la parole.

M. Lalumière (Denis): Denis Lalumière, sous-ministre adjoint. Merci, M. le Président. Effectivement, nous travaillons déjà depuis plusieurs mois, sinon quelques années, sur cette question. Nous avons mené d'importantes consultations au cours de l'automne avec les milieux de la recherche, particulièrement pour examiner de quelle façon le Code civil pourrait être éventuellement modifié de façon à s'assurer que le matériel biologique qui est recueilli à des fins de recherche puisse être utilisé à son plein potentiel tout en respectant, bien sûr, les règles habituelles de préservation de la confidentialité et des droits des personnes qui acceptent de participer à des projets de recherche.

Nous avons des propositions. Nous sommes en train de discuter avec le ministère de la Justice du Québec, puisqu'une éventuelle modification au Code civil tombe évidemment sous la responsabilité du ministère de la Justice. Et j'espère que la députée de Taschereau va être d'accord qu'on n'est pas toujours obligés de suivre tout ce qui se fait au Canada, mais, ce qui est bon, on devrait l'avoir au Québec.

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

Mme Maltais: Au Canada, ils s'en sont tirés, ils ont des règles très claires, il y a des conditions très claires. Est-ce que c'est-à-dire que le code d'éthique canadien n'est pas suffisant, M. le ministre?

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

M. Bolduc: Ce n'est pas les mêmes règles de droit ici. On a le Code civil et, comme de fait, parfois, au Québec, on a mis des règles qui font que... un peu plus sévères, et puis ça fait partie de notre, je vous dirais, particularité québécoise. Et j'espère que la députée de Taschereau va être d'accord qu'on n'est pas toujours obligés de suivre tout ce qui se fait au Canada, mais, ce qui est bon, on devrait l'avoir au Québec.

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

Mme Maltais: M. le Président, j'aimerais savoir pourquoi on... Est-ce qu'il y a moyen d'avoir entente pour déposer ça à cette session-ci? Est-ce que le projet de loi est en préparation? Parce que, si on veut, c'est un changement au Code civil, là, qui pourrait se faire de consentement. Est-ce qu'il est vraiment nécessaire de passer par un grand projet sur la recherche ou pourquoi on ne règle pas ce problème-là qui, finalement, aiderait tous les chercheurs du Québec?

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

M. Bolduc: Oui. Non, je ne voudrais pas avoir juste une affaire pointue pour régler. Je pense qu'il faut voir la recherche puis le dépôt de loi comme étant une réponse globale pour moderniser tout ce qui s'agit au niveau légal et éthique de la recherche au Québec. Puis ce n'est pas le genre de dossiers qu'il faut se presser, parce qu'on est mieux de le faire bien et de le faire une fois. Moi, j'aurais tendance à le faire globalement, mais, comme de fait, on est... on a hâte de déposer ce projet de loi là. Ça fait déjà un certain temps qu'on en discute, mais on est mieux de le faire de façon globale que d'essayer de juste régler un article à la fois, là, de façon ponctuelle.

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

Mme Maltais: Donc, je comprends que le ministre est d'accord pour déposer ce projet de loi et qu'il lui reste à aller chercher l'assentiment du ministre de la Justice.

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

M. Bolduc: Je ne peux pas prédire qu'est-ce qui va se passer, mais il y a une volonté, de notre côté, de déposer un projet de loi, sauf qu'il faut que ça suive le cours parlementaire. Mais, comme il y a un projet de loi qui est en préparation, bien, à ce stade-ci, je serais... ce serait présomptueux de ma part de m'avancer plus sur comment ça va évoluer, mais il y a une grande volonté, autant du côté du ministère que de ma part, de moderniser la loi par rapport à la recherche.

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

Mme Maltais: M. le Président, je serai plus précise. Est-ce que le projet de loi qui va être déposé par le ministre va permettre aux chercheurs, chercheuses du Québec d'avoir accès aux échantillons humains avant 2001?

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

M. Bolduc: M. le Président, nous en ferons la discussion, puis on verra comment ça va être rédigé, parce que c'est une réflexion autant légale qu'éthique qui est faite à ce moment-là. Mais, si c'est quelque chose qui est raisonnable, ça va être oui, mais je suis prudent parce que, quand on arrive à ce niveau-là, on ne peut pas s'engager avant d'en avoir fait la discussion et également d'avoir fait une commission parlementaire et d'avoir écouté les opinions. Parfois, les gens nous amènent une idée puis... en nous disant: C'est bon, mais, quand on écoute les pour et les contre, on peut évoluer différemment, et même la députée de Taschereau peut-être pourrait évoluer, selon ce qu'on va entendre en commission parlementaire, parce que ça a beaucoup d'implication, ça a beaucoup d'implication. Mais ce n'est pas juste dire: On va le rendre disponible. On va avoir l'occasion d'en parler, mais on veut collaborer puis on veut le faire le plus rapidement possible.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau 3 min 30 s.

Mme Maltais: Je veux juste dire que j'ai entendu dire que ça faisait des années qu'on y pensait, que ça fait depuis l'automne qu'il y a des consultations et que je ne peux pas, moi, être consultée ou en débattre tant que je n'ai pas vu un projet de loi. Donc, comme députés, comme parlementaires, les membres de la Commission de la santé et des services sociaux jugeront à ce moment-là. Mais je m'inquiète quand je vois que ça fait des années qu'on en parle, que c'est en discussion depuis l'automne et qu'il ne s'est toujours rien passé, et je m'inquiète aussi quand je n'arrive pas à voir un aval pour l'utilisation, avant 2001... à tout le moins qu'on ait une idée de l'intention du ministre. Moi, je pense que ce n'est pas seulement... ce n'est pas la recherche, là, qui va en bénéficier, ce sont les hommes et les femmes du Québec. Voilà ce que je pense, M. le Président.

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

M. Bolduc: Bien, M. le Président, c'est juste qu'au niveau éthique il faut être prudent. On ne peut pas s'engager avant d'en avoir fait la discussion, et puis je pense que ce serait présomptueux puis pas correct de ma part de donner une réponse en disant: Ça va être comme ça, avant qu'on en ait fait l'étude puis qu'on ait écouté toutes les parties qui vont venir nous faire des représentations, mais... C'est pour ça que c'est sérieux. Donc, on ne peut pas faire d'engagement avant d'avoir pris connaissance, et d'en avoir fait l'étude, et d'en avoir fait la réflexion, mais je suis du côté de la députée de Taschereau. Nous avons l'intention de faire quelque chose de bien. Il peut y avoir des conditions mais on ne peut pas s'engager avant d'en avoir fait l'étude.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste deux minutes à ce bloc. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. Deux minutes seulement. Mon Dieu, que faire avec seulement deux minutes, moi qui en ai long à dire, ou bien est-ce qu'on peut le reporter sur l'autre bloc, tout simplement?

Le Président (M. Sklavounos): Oui, le temps n'est pas perdu.

Mme Maltais: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? Alors, je vais regarder du côté des ministériels et céder la parole de nouveau à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci, M. le Président. Alors, si vous me le permettez, j'aimerais revenir sur le volet de la santé mentale, parce que c'est très important, puis on a plusieurs mesures qui ont été mises de l'avant pour contrer toutes sortes d'enjeux, puis je vais vous parler de la prévention du suicide. Les citoyens qui nous écoutent, peut-être qu'ils ne sont pas conscients des chiffres, des statistiques, mais, entre 1981 et 2005, il y a plus de 31 000 Québécois qui se sont suicidés. Imaginez, c'est... Quand j'ai lu ça, je n'en revenais juste pas. Mais c'est pour ça que c'est un sujet, un volet qu'il faut vraiment amplifier, et c'est ce que l'on fait.

Les années 90 ont été marquées par une augmentation importante du taux de mortalité par suicide, et, en 1999, année où le nombre de suicides enregistrés a été le plus élevé, en une année, il y a 1 620 personnes qui sont décédées par suicide, un taux de 22 décès par 100 000 habitants. En 2009, 10 ans plus tard, déjà on avait abaissé ce taux de suicide à à peu près 13,5 décès par 100 000 Québécois. Et les données récentes démontrent — et ça, c'est fort heureusement — que la tendance à la baisse des taux de suicide persiste.

Par contre, malgré ces baisses du nombre de personnes qui se suicident, nous avons au Québec encore les taux les plus élevés au Canada et nous nous situons encore dans le peloton de tête international, surtout pour les suicides masculins. La diminution constatée, au cours de toutes ces années, de ces 10 dernières années, a été constatée la plus importante chez les adolescents, les adolescents entre 15 et 19 ans, alors que la baisse annuelle a été de 12 %. Alors, 12 jeunes sur 100 de moins qui se suicident. Chez les adolescentes, la moyenne est un peu moins élevée.

Cette diminution des taux de mortalité a été observée dans tous les groupes d'âge. Chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, il y a eu une diminution un peu moins élevée. D'ailleurs, dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, on est venus nous parler du suicide chez les aînés, qu'il fallait faire quelque chose précisément pour cette population puisque, jusqu'à maintenant, on avait beaucoup fait des mesures destinées aux plus jeunes, puisque le taux était très élevé chez cette population. Chez les hommes, pour la période 2007-2009, le taux le plus élevé est observé chez le

groupe d'âge de 35 à 49 ans, et, au cours de la période la plus récente, les 50 à 64 ans. Alors, il y a beaucoup, beaucoup de statistiques qui sont toutes aussi choquantes les unes que les autres.

L'une des caractéristiques les plus remarquables est la chute des taux de décès, comme je le mentionnais, chez les hommes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 34 ans. C'est nos jeunes, c'est notre relève et c'est important de doter le réseau de mesures qui vont vraiment cibler cette population. Je pense que c'est ce qu'on a fait dans le passé, et c'est ce qui est présenté par les statistiques.

Le gouvernement... On revient sur ce fameux plan d'action en santé mentale qui prévoyait une intervention globale en matière de prévention du suicide. Je veux savoir si le ministre peut nous indiquer, M. le Président, quelles autres mesures ont été mises en place pour contrer ce fléau si on met le plan d'action de santé mentale de côté.

● (17 h 40) ●

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

M. Bolduc: Je demanderais au Dr André Delorme de répondre à la question.

Le Président (M. Sklavounos): Sur le même consentement, Dr Delorme? Merci. Dr Delorme, la parole est à vous.

M. Delorme (André): Alors, M. le Président, il y a plusieurs éléments qui ont été mis en place, sur lesquels on travaille depuis le plan d'action. Je commencerais par une banque de données.

On l'indiquait tout à l'heure: le Québec détient le triste record du pire taux de suicide au Canada. Et un des outils avec lesquels on pourrait travailler, c'est la mise en place d'une banque de données nationale sur les suicides. Alors, on y travaille présentement conjointement avec le bureau du coroner. Ça permettrait de documenter et de suivre l'évolution des suicides d'une année à l'autre, de déterminer peut-être... en fait, d'identifier les principaux déterminants ou les facteurs de risque et peut-être également les grands indicateurs au niveau de la morbidité, de la mortalité et de la consommation de soins de services de santé des personnes qui se sont suicidées.

Par exemple, on sait que souvent les personnes qui vont s'enlever leur vie ont consulté leurs médecins de famille dans les mois qui ont précédé. Mais on a besoin de données plus raffinées pour être capable de mieux identifier puis d'avoir un impact auprès de ces personnes-là. Alors, c'est une intervention qui est capitale, parce que, évidemment, plus on aura des données pour être capables d'identifier soit des facteurs de risque, des situations particulières, mieux on pourra agir et pouvoir espérer au moins maintenir le taux de suicide à son niveau actuel, mais idéalement le réduire.

On a mis, au fil des années, en place des réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Une sentinelle, c'est quelqu'un qui est dans un milieu de travail, dans un milieu scolaire, ce n'est pas un intervenant, ce n'est pas un spécialiste, mais c'est quelqu'un qui a été formé à voir autour de lui, par exemple dans ses collègues de travail, à voir la lumière rouge qui s'allume, puis être capable de réagir, puis peut-être mettre en arrimage les gens du CSSS ou du Centre de prévention du suicide en lien avec la personne qui a donné signe que peut-être il avait une préoccupation suicidaire.

Alors, au fil des années, là, on estime en 2010-2011, là, qu'il y a déjà 2 765 sentinelles à travers la province dans toutes sortes de milieu. Une évaluation de l'implantation de ces réseaux est en cours, elle est sur le point d'être finalisée, et ça va nous permettre d'avoir un état de l'implantation des réseaux à travers la province, de décrire le fonctionnement de ces différents réseaux, d'identifier sans doute les facteurs qui ont pu favoriser ou inhiber la mise en place de ces réseaux et de dégager des constats pour favoriser une poursuite optimale de développement de cette mesure. Et la diffusion du rapport devrait arriver, là, au printemps 2012, donc dans quelques mois.

Le ministère a également travaillé en collaboration avec un institut pour développer, à l'automne 2010, deux guides de bonne pratique en prévention du suicide: l'un qui visait particulièrement les gestionnaires qui ont des équipes de santé mentale qui, donc, leur permet de mieux organiser les services, et l'autre qui visait les intervenants comme tels. Alors, pour les intervenants, ce qu'on vise plus, c'est de leur transmettre des outils, des méthodologies et de permettre d'avoir une pratique plus homogène à travers la province.

La démarche progressive d'implantation est en cours et, puisque les documents sont relativement récents, au fil des années, on diffuse de plus en plus le contenu de ces deux guides-là. Les guides visent, en fait, si je le résume rapidement, là... ça vise le travail en collaboration, donc à l'intérieur du CSSS mais également avec le réseau, par exemple avec les sentinelles qui sont dans la communauté, ou avec les médecins de famille, ou avec les organismes communautaires en santé mentale. Ça vise également à s'approprier des pratiques de gestion qui ont été démontrées efficaces en prévention du suicide et d'élaborer un plan d'action local au sein du CSSS concerté pour rehausser les pratiques et les services auprès des personnes qui pourraient être suicidaires.

Et ça comprend également une démarche de formation accréditée, une formation de trois jours. Et donc il y a, à travers la province, là, un nombre important de personnes qui ont été formées. La formation est dispensée par l'Association québécoise de prévention du suicide. C'est une formation qui a été élaborée avec différents partenaires qui sont spécialistes dans ce domaine-là, qui intègrent entre autres une grille d'estimation de la dangerosité qui a été développée à Montréal par Suicide-Action Montréal et par le Centre Dollard-Cormier. Alors, vous voyez, c'est vraiment quelque chose qui est orienté vers les solutions et qui veut s'assurer d'avoir un rehaussement des compétences à travers le réseau.

En termes de formation, à date, 514 gestionnaires ont été rencontrés dans six régions à travers la province et 1 200 intervenants ont été également formés, là, pour être capables de mieux intervenir. Alors, on voit que cette mesure-là est en train de s'implanter à travers la province et avoir un impact important sur un nombre de gestionnaires et d'intervenants.

Il y a de nombreuses activités de sensibilisation également sur les risques en particulier d'avoir des médicaments ou des armes à feu gardées à la maison et pour voir de quelle façon on peut limiter, mettre des mesures en place qui limiteraient l'accès à ces moyens-là.

En termes de recherche, évidemment, il faut faire, je pense, un effort en termes de prévention des troubles mentaux, et l'Institut national de la santé publique du Québec travaille présentement à produire une synthèse de connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes, et plus particulièrement chez les femmes durant la période périnatale. Alors, on sait que, dans cette période-là, il arrive souvent que les femmes ont ce qu'on appelle communément le blues post-partum ou la dépression post-partum, et ça peut être une période critique pour la femme et pour son enfant à plusieurs égards, le pire cas étant souvent... pas souvent mais enfin, le pire cas étant de parfois mener à un suicide.

Mais, au-delà de ça, la question de la capacité de dépister et de traiter une femme qui a une dépression, à ce moment-là, a un impact peut-être en termes de suicides mais également en termes d'attachement de l'enfant avec sa mère. Si la mère est atteinte de dépression, vous comprenez que c'est difficile pour l'enfant de pouvoir faire l'attachement qui est requis dans les premiers jours, les premiers mois de la vie.

Les centres jeunesse ont eu à déplorer à quelques reprises des jeunes adolescents qui s'étaient suicidés dans leurs murs. Alors, il y a plusieurs années déjà, on a mis en place des équipes de deuxième niveau, et présentement tous les centres jeunesse de la province ont des équipes de deuxième niveau. C'est du jargon interne, là, mais c'est pour dire une équipe de professionnels qui est capable d'épauler les autres professionnels à l'intérieur du centre jeunesse, lorsque ceux-ci, en contact avec des enfants, ont l'impression qu'un enfant est à risque suicidaire ou s'il a posé un geste suicidaire, pour pouvoir intervenir rapidement avec le professionnel sur le plancher pour s'assurer qu'on puisse désamorcer la crise et pouvoir éviter un geste suicidaire.

Il y a plusieurs colloques qui ont également été faits au fil des années, en particulier, là, auprès des premières nations et de la population en général. Mais, les premières nations, vous savez que le taux de suicide de nos nations autochtones, là, est parfois jusqu'à 10 fois celui du Québec, hein? C'est quand même assez préoccupant, alors on fait également un effort à ce niveau-là.

Et je vous dirais, de façon générale, on l'abordait tout à l'heure, mais je le répéterai: la capacité d'être capable de mettre en place, dans les services de première ligne à travers les provinces, des services qui vont... Rendre accessible pour les gens qui ont des dépressions des services de première ligne aura un impact également sur le taux de suicide, on l'espère, de même que la mise en place dans la communauté pour les gens qui ont des troubles graves... Quand je parle de troubles graves, je parle de schizophrénie, de troubles bipolaires. D'avoir des équipes de suivi intensif dans le milieu qui sont près de ces gens-là, qui s'assurent qu'il n'y a pas de dérapage au niveau de la maladie, chez les personnes qui ont des maladies graves, c'est aussi une autre mesure qui peut avoir un impact.

Alors, quand on met ensemble tous ces éléments-là, on croit que ça contribue au fil des années et que ça continuera à contribuer à une réduction du taux de suicide.

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

● (17 h 50) ●

Mme Gaudreault: Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Alors, c'est très intéressant d'entendre tout ce qui a été mis de l'avant pour pouvoir contrer au maximum toutes les difficultés qui sont des conséquences aux problèmes de santé mentale, parce que, vous savez, ce n'est pas que les personnes qui sont concernées, mais les proches aussi. Quand une personne qui est près de nous, là, présente des problèmes de santé mentale, ça désorganise toute la famille, ça désorganise pour un bon moment, parce que, comme je le mentionnais tout à l'heure, c'est vraiment des mesures qui sont à moyen terme, mais il faut prendre en charge rapidement.

Puis un des éléments qui est bien important, c'est la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui. C'est pour ça que je parle des proches, pour l'avoir vécu personnellement avec un proche qui présentait... puis qui a été diagnostiqué avec une maladie mentale, lorsque ça se présente, tous ces symptômes-là, ça désorganise tout le monde, et souvent on doit avoir recours à des lois comme celle-là, la fameuse loi qu'on appelle la P-38. C'est une loi d'exception dont la finalité est de protéger les droits de la personne et d'assurer la sécurité des personnes elles-mêmes et celles qui sont près d'elles.

L'application de cette loi exige une étroite collaboration entre les services policiers, le réseau de la santé, les ressources d'intervention en situation de crise et les centres hospitaliers. J'ai fait référence tout à l'heure à notre commission spéciale sur l'itinérance, on en a parlé longuement. Quand il y a des personnes qui présentent des graves problèmes de santé mentale, lorsque les policiers entrent en jeu, tout le réseau, et tout ça, ce n'est pas simple, et les droits de la personne doivent être vraiment respectés.

Et, depuis son entrée en vigueur, la loi, en 1998, il y a plusieurs rapports de recherche qui ont fait état justement des difficultés de l'application de cette loi, parce qu'on avait de la difficulté à estimer le danger associé à l'état mental de la personne. L'application aussi de l'article 8 du projet de loi, plus particulièrement, quant au partage des responsabilités qui sont attribuées aux policiers et aux intervenants des services d'aide en situation de crise, de même que ce qui a trait au moment où l'établissement de santé doit prendre en charge la personne visée, le respect de la procédure judiciaire lors du dépôt au tribunal d'une requête de mise sous garde en établissement et le respect des droits et recours de la personne sous garde ont également été mis en cause.

À titre de députée, il m'arrive de temps en temps de recevoir un appel d'une personne qui se dit retenue contre son gré dans un établissement de santé, et là il nous demande d'intervenir. Alors, c'est vraiment les conséquences du projet de loi n° 38. Alors, ce n'est vraiment pas simple. Et, contrairement à ce qui avait été attendu des autorités du milieu suite à l'entrée en vigueur de cette loi-là, le nombre de requêtes augmente de plus en plus.

Alors, moi, je voudrais savoir comment le ministre pourrait nous donner plus de détails concernant cette situation très précise mais qui amène souvent des sentiments de désarroi, et pour la personne et pour les proches.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, j'ai cru comprendre que le ministre allait céder la parole au Dr Delorme pour continuer. Est-ce que j'ai bien...

M. Bolduc: Vous avez parfaitement bien compris.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, sur le même consentement, Dr Delorme, vous avez la parole.

M. Delorme (André): Alors, oui, effectivement, je pense que — merci — la députée a bien cerné les enjeux qui avaient été identifiés. À l'ensemble de ces préoccupations, le ministère avait procédé à une enquête également pour confirmer un peu ce qui posait problème dans le processus d'application de la loi P-38 et ce qui devait être peut-être revu, corrigé, réglementé pour aplanir les difficultés.

Ce rapport a été déposé au ministre avec les recommandations qui en découlent, et ça a été rendu public, là, au mois de février 2011. Il y avait de nombreuses recommandations, mais on a jugé que la plus importante à mettre en place le plus rapidement possible, c'était d'élaborer des orientations. Et donc, en ce sens, le ministère a commencé des travaux en novembre dernier avec un comité de réflexion sur les orientations éventuelles à mettre en place pour encadrer l'application de la loi, et les travaux avancent à bon train. On espère qu'une année de rencontres permettra de bien cerner cette question.

Le comité est assez large. Il y a à la fois des gens qui représentent le Barreau du Québec, le ministère de la Justice. Comme on me disait tout à l'heure, c'est une loi qui imbrique plusieurs acteurs: la sécurité publique en fait partie, des usagers, des groupes de défense de droits. Alors, c'est un groupe large.

Et, à la conclusion de ce chantier, on arrivera avec des orientations qui permettront de beaucoup mieux définir, entre autres, la façon d'appliquer au sein d'un établissement, la façon d'arrimer les services entre l'établissement et les services policiers, par exemple. Et nous croyons qu'ayant bien identifié les différents problèmes et en mettant en place des orientations qui vont se concentrer sur ces problèmes-là on va avoir un impact significatif.

Par ailleurs, on travaille également sur un aménagement législatif, là, à l'intérieur de la LSSSS afin de s'assurer que les établissements où on applique la loi P-38 soient imputables de ces actions-là. Vous savez, si quelqu'un se trompe, une infirmière se trompe et donne une aspirine plutôt qu'une Tylenol, il va y avoir toute une procédure pour s'assurer que le C.A. de l'établissement puisse suivre ces erreurs et prendre les mesures appropriées pour corriger. Mais, pourtant, dans nos établissements, actuellement, si quelqu'un se fait retirer un droit fondamental comme celui de circuler librement, l'établissement n'est pas au courant. Alors, on pense qu'avec un aménagement législatif pour s'assurer de l'imputabilité des C.A., ça va donner un bien meilleur cadre et un meilleur respect de la loi. Je m'arrêtais là-dessus, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Delorme. Il reste une minute. Je vais aller à l'opposition officielle. Alors, Mme la députée de Taschereau, la parole est à vous.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Alors, pour ce qui sera probablement notre dernier bloc à nous d'ici à une heure de repas qui sera bienvenue, j'aimerais continuer... c'est un peu sur le thème du cancer, mais c'est aussi sur l'inscription des médicaments, entre autres les médicaments sur le cancer.

Le 23 novembre 2011, l'INESSS a déposé un rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux quant à l'inscription de nouveaux médicaments en oncologie dans le cadre d'un projet pilote, bon. Avant les deux dernières années, je n'ai pas la date exacte, là, mais, dans une histoire récente, le gouvernement... le ministère de la Santé et Services sociaux acceptait beaucoup plus de nouveaux médicaments. Maintenant, il y a eu une descente dans l'acceptation des nouveaux médicaments très sérieuse.

Sans vouloir aller dans chaque cas de médicaments, parce que, là, on tombe dans des spécialistes — c'est des comités qui analysent tout ça — il y avait quand même des questionnements qui se posaient et... Surtout les gens qui sont très impliqués dans la lutte contre le cancer protestaient en disant: Écoutez, il y a des médicaments qui sont acceptés ailleurs dans les autres provinces canadiennes puis, nous, on les refuse. Et effectivement, quand on regardait les chiffres, il y a vraiment eu un recul dans l'acceptation de nouveaux médicaments.

Alors, suite à toutes les questions qui se sont posées, tant dans la société civile qu'ici à l'Assemblée nationale par l'opposition officielle, il y a eu une étude de l'INESSS. Le rapport nous a amenés à ce que l'INESSS annonce que trois nouveaux médicaments, l'Alimta, l'Alimta et l'Iressa, soient ajoutés à la liste des médicaments d'exception, mais à certaines conditions. Juste pour que les gens comprennent bien les liens, l'Alimta, qui avait d'abord été refusé par l'INESSS, c'est pour le carcinome rénal, l'Iressa, l'Alimta et le Tarceva étaient tous pour le cancer du poumon. Donc, on est vraiment près, là, du dossier qu'on aborde depuis tout à l'heure. Ces médicaments sont tous remboursés dans les autres provinces canadiennes que sont l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, et ils avaient été refusés par l'INESSS.

Maintenant, le 23 novembre 2011, le ministre a annoncé qu'il acceptait la nouvelle recommandation de l'INESSS, qui était à l'effet que ces trois médicaments seraient ajoutés à la liste des médicaments d'exception à la mi-décembre dans le cadre d'un projet pilote créé en partenariat avec l'INESSS. Je m'interroge à savoir où on en est rendus dans ce projet pilote. J'aimerais connaître un peu, là, vu que ça a été un grand débat ici, à l'automne, alors j'aimerais savoir où on en est avec ce projet pilote.

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

● (18 heures) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je pense que c'est important de bien expliquer le dossier comme il faut. Un, c'est que ce n'est pas qu'on en refusait nécessairement plus qu'ailleurs, c'est... Le principe, pour commencer, puis je vais commencer

avec la base, c'est que, premièrement, il faut qu'il y ait une efficacité thérapeutique. Donc, tout le monde reconnaît que, s'il n'y a pas d'efficacité thérapeutique, le médicament ne devrait pas être accepté.

Deuxièmement, c'est que la majorité du temps ce sont des médicaments qui existent déjà, mais c'est l'indication qui n'est pas acceptée parce qu'il n'y a pas d'étude qui prouve soit la valeur thérapeutique ou encore l'avantage réel pour le patient.

Troisième élément, c'est qu'on tient également compte du coût. Donc, si un médicament est trop cher — puis quand on parle de trop cher, là, c'est... mettons que — ça serait un exemple grossi — c'est quelques centaines de milliers de dollars et il y a peu d'avantages en termes de durée de vie, il pouvait arriver qu'à ce moment-là l'INESSS faisait une recommandation qui était négative.

Ce que j'ai demandé à l'INESSS, parce qu'on s'est rencontrés, je leur ai dit: Écoutez, je pense que la première chose, l'efficacité thérapeutique, c'est très important, et on a demandé à ce qu'ils soient plus souples par rapport à la durée de vie du patient par rapport au coût du médicament. C'est là que ça s'est joué et c'est là qu'on a fait des projets pilotes. Par la suite, ils ont fait des recommandations où est-ce qu'il y a des médicaments qui n'ont pas été acceptés tout simplement parce que l'efficacité thérapeutique n'était pas là. Il y a d'autres fois, par contre, qu'ils ont accepté des médicaments qui auparavant n'auraient pas été acceptés, qu'ils, dans le projet pilote, ont décidé d'accepter. Et le projet pilote, c'est en attendant de revoir les critères et peut-être aussi d'avoir des ententes avec des compagnies pour que le prix soit plus acceptable pour la qualité de durée... ou la qualité ou la durée de vie que le médicament apporte.

Donc, c'est là que nous en sommes rendus. Je n'ai pas eu de recommandation récente, mais on devrait me remettre un rapport en juin 2012, et, avec Dr Latreille, on va regarder un peu l'application de ce rapport. L'objectif, c'est qu'un patient qui a besoin d'un médicament, et que le médicament est réputé efficace, devrait être pouvoir disponible au patient. Par contre, il y a des critères qu'il faut qu'on applique.

Je mets un petit bémol. Des fois, on dit que, dans les autres provinces, il y a plus d'accessibilité. Il demeure encore que l'endroit où est-ce qu'il y a le plus d'accessibilité pour les médicaments en général mais, entre autres, pour les médicaments pour le cancer, ça demeure au Québec. Et il y a eu aussi un article dans le *Globe and Mail* où il a dit... et où il y a des spécialistes qui se disaient, eux autres, que, parfois, il y a des médicaments qui ont été acceptés dans d'autres provinces qui, sur des bases d'évidence, n'auraient pas dû être acceptés. Donc, tout dépendant où on met le critère, tant par rapport à l'efficacité thérapeutique que par rapport aux coûts, il peut y avoir une variabilité.

Ce qu'on l'on veut, c'est vraiment être positionnés au bon endroit. Et, si un médicament est efficace au niveau thérapeutique puis que le prix répond aux critères, bien, là, comme je vous ai dit, on a adouci ce critère-là, à ce moment-là, on va... il va être accepté, mais sur recommandation de l'INESSS.

L'autre, ce n'est pas le ministre qui gère ça, cette recommandation, c'est vraiment l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. C'est lorsqu'il y a eu, justement, cette année, la difficulté d'avoir l'accès aux médicaments que je leur ai demandé de revoir. Mais c'est la position de l'INESSS, et c'est elle qui l'applique, et c'est elle qui fait les recommandations, en sachant qu'à la fin, c'est le ministre qui accepte ou pas la recommandation.

Puis je demanderais peut-être, pour bien clarifier ça... Dr Latreille est très au fait de ce dossier, peut-être que je lui demanderais, peut-être, de faire un commentaire par rapport à ça.

Le Président (M. Sklavounos): Sur le consentement de Mme la députée de Taschereau?

Mme Maltais: Si ça peut m'aider à avoir une réponse où en est rendu le projet pilote, oui, j'apprécierais.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Latreille, sans présumer aucunement de la réponse qui sera donnée, je présume qu'il y a consentement, allez-y.

M. Latreille (Jean): J'espère que la réponse va être à votre goût. Mais tout ça pour vous dire qu'en ce moment, comme vous le savez, il y a le comité de l'évolution de la pratique en oncologie, qui s'appelle le CEPO, qui est composé d'experts. Alors, j'ai rencontré le président, Dr Couture, il y a deux semaines. C'était la première rencontre que j'ai eue avec lui. Il était très content; il dit qu'il y a eu un changement d'attitude qui était très significatif.

Ils sont en train de... ils ont beaucoup de documents à évaluer et à produire pour établir cette nouvelle démarche dont le ministre a parlé. Les gens travaillent le soir, le jour, la fin de semaine pour faire ça. Ce n'est pas dans le but qu'on ait pitié d'eux autres, là, mais je fais juste vous dire que les gens font ça sérieusement, ils vont atteindre l'échéancier. Eux autres, leur échéancier, c'est supposé d'être mi-juin, si ma mémoire est bonne. Et puis Dr Couture était très content de l'avancement des travaux. Donc, ce que je peux vous dire, c'est que, de notre côté, on est... on voit ça avec optimisme.

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

Mme Maltais: Oui, M. le Président. Malheureusement, le Dr Couture n'est pas ici, je ne pourrai pas l'interroger. Je suis contente s'il est satisfait.

Maintenant, je veux comprendre, là. C'est parce que ces trois médicaments étaient acceptés à l'intérieur d'un projet pilote. Où en est rendu le projet de loi? Il n'est donc pas démarré? Est-ce que les médicaments sont quand même disponibles? Comment ça fonctionne?

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

M. Bolduc: C'est que... Ce qu'on a appelé un projet pilote, c'était justement cette plus grande facilité à avoir le médicament lorsque les experts le recommandaient. Puis, comme l'a dit le Dr Latreille, c'est que, là, on a... notre principale

base de décision, ce n'est pas le coût mais bien l'avis des experts en oncologie au Québec, donc c'est le groupe CEPO. Et c'est ça qui était beaucoup demandé par les médecins qui pratiquent l'oncologie, c'est-à-dire d'avoir... peut-être de tenir compte plus de leur opinion. Et, quand on dit qu'on a eu un projet pilote, ça, ça nous a permis d'accepter ces médicaments-là.

Mais là ce qu'on veut, ce n'est plus un projet pilote, c'est une mesure structurante permanente qui va nous permettre d'offrir les médicaments qui ont besoin d'être sur le marché, mais également de s'assurer que les critères soient assez objectifs et que ça soient les mêmes pour... d'une molécule à l'autre. C'est pour ça que Dr Couture est content, parce qu'il y a eu un changement dans l'approche de l'INESSS. Mais, quand on va voir le rapport en juin... C'est que le projet pilote, en fin de compte, c'était pour permettre justement d'avoir une meilleure accessibilité. Et c'est là-dessus que les oncologues sont maintenant satisfaits.

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

Mme Maltais: J'attends toujours la réponse: Est-ce que les médicaments sont disponibles, oui ou non? Je veux juste...

Une voix: ...

Mme Maltais: Oui, ils sont disponibles, donc ils sont...

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

M. Bolduc: La réponse, c'est oui.

Mme Maltais: O.K.

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

M. Bolduc: La réponse, c'est... Autrement dit, on a rendu disponibles les médicaments en attendant d'avoir une méthode qui va être adoptée qui va être la méthode permanente. Donc, quand on parlait de projet pilote, le projet pilote est déjà en cours. Et, advenant le cas que le rapport prendra un certain temps à se mettre en place, bien on va continuer ce qu'on appelle le projet pilote.

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

Mme Maltais: Est-ce que le ministre ou le ministère est en discussion avec, par exemple, Rx & D pour les ententes à venir avec les pharmaceutiques pour permettre d'avoir des participations, un équilibre dans le risque?

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

M. Bolduc: Ça va faire partie du rapport que je vais avoir en juin, de quelle façon qu'on va négocier, puis il y a différentes façons de négocier. Moi, j'ai déjà rencontré nos équipes au niveau du ministère. Donc, c'est ce qu'on va mettre en place de façon permanente. Et, oui, ça va être possible d'avoir des ententes avec des compagnies, il faut savoir comment on va les faire et puis c'est quelle méthode qu'on va prendre.

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

Mme Maltais: M. le Président, je comprends donc qu'il n'y a actuellement aucune discussion avec les compagnies novatrices, avec Rx & D, concernant des ententes avec... sur l'accessibilité des nouveaux médicaments?

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

M. Bolduc: M. le Président, je vais demander à Hélène Beaulieu de répondre à ça.

Mme Maltais: Avec plaisir.

M. Bolduc: Elle aurait préféré venir me glisser la réponse à l'oreille, mais je vais lui demander de s'exprimer.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, elle est en train de prendre place; le technicien l'a repérée. Mme Beaulieu, veuillez vous identifier, simplement pour l'enregistrement. Par la suite, vous aurez la parole.

Mme Beaulieu (Hélène): Alors, bonjour. Hélène Beaulieu. Je suis directrice des affaires pharmaceutiques et du médicament au ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, nous avons des échanges avec Rx & D sur quelles pourraient être les modalités qui pourraient être recevables dans le cadre des propositions de l'INESSS et de façon encore plus générale. Alors, oui, nous avons des discussions avec Rx & D.

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

Mme Maltais: Donc, on s'entend bien, il y a des discussions avec Rx & D sur les nouveaux médicaments innovateurs pour une espèce de partage de risques pour avoir une meilleure accessibilité. Ce n'est pas des discussions comme il y en a régulièrement sur l'acceptation de nouveaux médicaments, là, des discussions sur des ententes particulières pour certains médicaments.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Beaulieu.

Mme Beaulieu (Hélène): Oui.

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

Mme Maltais: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Beaulieu.

Mme Maltais: Je suis contente de voir que ça avance. Maintenant, puisqu'on est dans les pharmaceutiques... Vous voyez, le transfert se fait en beauté, en logique. On a eu, en 2010, un débat ici, à l'Assemblée nationale et au Québec, sur les ententes secrètes, lesdites ententes secrètes étant le fait qu'en Ontario les pharmaceutiques avaient pris des ententes qui leur avaient permis de baisser le prix des médicaments.

Or, au Québec, on le sait, on a normalement accès au prix le plus bas au Canada. Donc, suite à des questions de mon collègue le député de Marie-Victorin et du député de Mercier, il y avait eu... on avait réalisé que peut-être que Québec était un peu en train de se faire avoir, que l'Ontario avait négocié un prix le plus bas et qu'on ne le savait pas, c'est ce qu'on appelait des ententes secrètes. Donc, le ministre de la Santé a exigé une baisse et un prix plus bas pour nos médicaments, ce qui a été fait, qui est très bien.

Maintenant, il y a eu des discussions, et le ministre nous avait dit ceci, qu'il essaierait de savoir quelles étaient ces ententes parce qu'on a fait baisser le prix des médicaments, mais, tant qu'on n'a pas les ententes avec l'Ontario, on ne peut pas vérifier, on ne peut pas valider si véritablement les Québécois profitent du prix le plus bas comme c'est supposé être.

Alors, j'aimerais savoir où est-ce qu'on en est rendus. Est-ce que la RAMQ a eu accès aux médicaments concernant les ententes commerciales entre les pharmaceutiques et le gouvernement ontarien? Est-ce qu'on peut vraiment valider aujourd'hui le fait que les Québécois ont accès au prix le plus bas?

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

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais à M. Marc Giroux de venir... de présenter là-dessus... Juste... On parle toujours d'ententes secrètes, là, mais il y a des ententes de confidentialité entre les compagnies pharmaceutiques et le gouvernement. On n'a jamais réussi à les avoir. Mais je vais demander au Dr Giroux de venir parler du dossier.

Le Président (M. Sklavounos): ...consentement. Le Dr Giroux a déjà témoigné. Allez-y, Dr Giroux.

● (18 h 10) ●

M. Giroux (Marc): Bonjour. Marc Giroux, Régie de l'assurance maladie. Donc, la chose la plus importante, c'est de savoir que, nous, on n'a pas juridiction évidemment sur ce qui se fait en Ontario. Donc, l'Ontario va nous donner l'information qu'elle juge appropriée.

Je peux vous énumérer ce qu'on a fait depuis 2010. Je vais juste vous donner les dates des contacts qu'on a faits: le 23 avril 2010, on a commencé le premier contact avec l'Ontario; le 14 juillet, on a refait une demande d'accès au niveau de l'Ontario; 10 septembre, on a reçu un accusé de réception, puis là, bon, il y avait de la procédure; le 5 novembre, on a recommencé; 17 janvier 2011; 31 janvier 2011; 14 mars 2011; 27 mai 2011; 17... 12 juillet 2011... On continue toujours à poser des questions à l'Ontario, puis ils nous disent: Bon, là, il y a une commission d'accès à l'information, la partie adverse est en appel, il y a des délais. 15 juillet 2011, 22 août 2011, 30 août 2011, donc, on est toujours... L'Ontario indique à la tierce partie: A fait appel concernant la demande, aucune date pour l'audition sur appel n'a été arrêtée. Bon, ça, c'est qu'est-ce qu'on a fait avec le gouvernement de l'Ontario.

Avec les fabricants, on a écrit effectivement des lettres à tous les fabricants de médicaments pour leur demander s'ils avaient quelque chose. Ça, c'est le 13 septembre 2010. On leur a réécrit le 18 octobre 2010, on a rencontré Rx & D le 22 novembre 2010. Rx & D nous ont dit: Oui, oui, il y a des ententes avec l'Ontario et d'autres provinces mais il y a des clauses de confidentialité, donc ce n'est pas... vous n'avez pas accès à ça, donc... Après ça, les 47 fabricants: un a transmis son entente avec l'Ontario, on a finalement eu une entente avec l'Ontario; neuf nous ont dit que les ententes étaient confidentielles; quatre qui disaient qu'il n'y avait pas d'entente; 10, ils étudiaient — puis ils étudient encore — notre demande; trois ont dit qu'ils ne désiraient pas collaborer avec la régie; puis neuf n'ont pas répondu.

Donc, pour faire une histoire courte, on est toujours en attente de la décision d'appel sur la loi au niveau de l'accès à l'information de l'Ontario. Mais vous vous apercevez... on peut s'apercevoir, lorsqu'on prend connaissance de ces faits-là, que je ne suis pas sûr qu'on va avoir des résultats probants à la fin de la démarche, si fin il y a un jour.

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

Mme Maltais: Donc, on n'arrive pas, à cause des ententes confidentielles, à savoir si on a véritablement le prix le plus bas?

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

M. Bolduc: On a prix le plus bas par rapport aux listes officielles mais on n'a pas accès, parce que ça ne fait pas partie de notre juridiction, aux données qui pourraient nous dire si, oui ou non, après entente secrète, on a le prix le plus bas, tout simplement parce que le Québec n'a pas juridiction dans les autres provinces. Et, s'ils ont signé des ententes de confidentialité entre les deux partenaires, il faudrait que les deux partenaires soient d'accord pour pouvoir le livrer.

Par contre, ce que nous avons fait, c'est que... quand vous regardez qu'est-ce qui a été fait, c'est qu'on a appliqué la règle au niveau des génériques, la règle du 25 %. Ça, ça a donné vraiment des bénéfices importants. Pour les autres, bien c'est le mécanisme de l'INESSS qui s'applique pour l'inscription et le coût de l'inscription, mais on ne peut pas savoir en quoi consistent les ententes de confidentialité dans les autres provinces.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau, 2 min 30 s.

Mme Maltais: Bon, mon ministère me parle.

Des voix: ...

Mme Maltais: C'est-à-dire que je n'ai qu'une seule personne avec moi pour interagir. Si on peut juste me donner...

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. On va couper les micros de votre côté. M. le ministre.

M. Bolduc: ...l'avantage du nombre, on va accepter.

Le Président (M. Sklavounos): On va couper les micros.

(Consultation)

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

Mme Maltais: C'est tout aussi complexe de notre côté que du vôtre. Est-ce que vos vis-à-vis de l'Ontario, non pas la partie pharmaceutique mais la partie ministérielle, vous ont donné des informations ou leur avez-vous demandé des informations, comme par exemple la contrepartie qu'ils reçoivent de la part des pharmaceutiques? Leur avez-vous demandé pour essayer ensuite de vous tourner vers les pharmaceutiques et d'avoir un peu prise sur eux?

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

M. Bolduc: Ce que nous avons compris, c'est que l'entente de confidentialité empêche le gouvernement de donner l'information. Donc, c'est une entente de confidentialité dans laquelle les deux parties s'engagent à ne pas révéler l'information. Ça fait que c'est le blocage que nous avons.

Mme Maltais: Alors, M. le Président, la question qui nous reste, c'est: Est-ce que la règle du prix le plus bas existe toujours au Québec et comment s'organiser pour la faire respecter? Est-ce que le ministre est d'avis que la règle du prix le plus bas est toujours en vigueur au Québec?

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

M. Bolduc: La règle du prix le plus bas existe, est toujours en vigueur avec les informations qui sont disponibles de la part des autres provinces.

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

Mme Maltais: Ce n'est pas une charge contre le ministre, là, mais on ne jouera pas sur les mots. C'est la règle du prix le plus bas qu'on connaît. On n'a pas signé une entente sur la règle du prix le plus bas connu. On a signé une entente avec les pharmaceutiques sur la règle du prix le plus bas. Donc, elle ne tient plus.

Ce n'est pas... Il faut que le ministre, à un moment donné, accepte qu'on puisse ensemble faire un constat. Ce constat-là, il est clair: la règle du prix le plus bas, actuellement, on est incapables de la faire respecter ou, en tout cas, à tout le moins, de vérifier si elle est respectée.

Le Président (M. Sklavounos): Là-dessus se termine ce bloc pour l'opposition officielle, et on entre dans notre dernier bloc du parti ministériel avant notre suspension pour le souper. Et je cède la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine, l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. La parole est à vous.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème de la chirurgie, mais en préambule on va discuter de l'Institut canadien d'information sur la santé. C'est un organisme autonome qui est financé par le fédéral et également par les provinces, et cet organisme a un peu le... pas un peu, a le mandat de présenter des rapports annuellement, généralement en mars, sur différentes interventions qui sont faites pour réduire les taux d'attente, mais également pour comparer. En fait, ça donne l'opportunité aux hôpitaux du Québec, les 88 hôpitaux du Québec, de se comparer avec l'ensemble des hôpitaux des autres provinces, et je pense que ça totalise près de 600 hôpitaux en tout. Et il y a neuf domaines d'évaluation qui sont visés par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Les conclusions générales issues du rapport de mars 2012 sont les suivantes. Sur le plan général, il y a... l'institut constate qu'il y a eu de nombreuses mesures qui ont été prises pour améliorer l'évaluation et la déclaration des temps d'attente. On estime qu'il y a 80 % des patients dans l'ensemble du Canada qui ont subi des interventions prioritaires dans les délais de référence recommandés sur le plan clinique. Et, troisième point, à l'exception de la radiothérapie, peu de provinces ont atteint ou maintenu le seuil du 90 %.

Alors, M. le Président, ma question est la suivante pour le ministre de la Santé et des Services sociaux: Est-ce que le ministre pourrait nous commenter les résultats du Québec en matière de chirurgies par rapport aux autres provinces canadiennes?

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

M. Bolduc: M. le Président, bien, je voudrais apporter un correctif. Tantôt, j'ai dit qu'on était toujours premier, deuxième ou troisième, mais les gens de mon équipe m'ont fait remarquer qu'on était toujours premier ou deuxième. Il semblerait qu'on n'est pratiquement jamais troisième. Donc, on est vraiment, quand on regarde l'accessibilité des services en chirurgie, dans les autres domaines, on est vraiment la première ou la deuxième meilleure province.

D'ailleurs, je ne sais pas si l'opposition a eu l'occasion de lire l'article *Le Québec brille*, de *La Presse*. Je vais le déposer, M. le Président, pour qu'ils puissent en avoir une copie, parce que c'est vraiment des données objectives de l'ICIS. Et chacune des provinces donne ses données, et c'est l'ICIS qui, de façon impartiale, en fait l'évaluation, sans compter que ces données, ce sont les données qui sont transférées à l'OCDE pour les comparaisons internationales. Et auparavant souvent il n'y avait pas les données du Québec, et, avec les données du Québec, je pense qu'on va même s'améliorer au niveau de l'OCDE.

Document déposé

Le Président (M. Sklavounos): Alors, le document, l'article *Le Québec brille*, du 5 avril 2012, est déposé.

● (18 h 20) ●

M. Bolduc: Bon. Puis j'ai un engagement de la députée de Taschereau qu'elle va prendre le temps de le relire, parce qu'elle l'avait déjà lu. Parce que j'avais été étonné de ne pas avoir de questions à l'Assemblée nationale sur la chirurgie au cours des dernières semaines. Je gardais cet article-là dans ma poche mais je n'ai pas eu l'occasion de le sortir, ça fait que je le dépose aujourd'hui. Mais je peux lui dire que, si jamais elle me pose des questions je l'ai encore et je vais le garder.

Et au niveau de... pour commencer dans des... le Québec est vraiment performant au niveau des chirurgies. Juste pour vous donner une idée, en 2003, il y avait 117 000 patients en attente sur la liste d'attente. En 2011, on est rendus à 95 000. C'est vraiment impressionnant de voir qu'on a réussi à descendre. Juste pour vous dire, 93 % des patients sont opérés à l'intérieur de six mois, pour les cas électifs. Quand on parle d'urgent, semi-urgent, c'est souvent fait, là, dans les délais qui sont requis. Au niveau de la production chirurgicale, entre 2003 et 2011, on a passé de 410 000 à 496 000. C'est quand même encore là une production extrêmement significative. Ce qui fait qu'au Québec on est passés de temps d'attente extrêmement longs avant 2003 à actuellement les meilleurs au Canada.

Au niveau de la cataracte, et je prenais l'émission à RDI dans lequel ils invitent des médecins, puis il y avait un commentaire de l'animatrice, qui disait que ça prenait deux ans. Le médecin, il dit: Plus maintenant. Il dit: Depuis déjà plusieurs mois, maintenant on opère nos patients à l'intérieur de deux à trois mois au niveau de la cataracte pour la majorité d'entre eux, ce qui fait que notre résultat au niveau de la cataracte est excellent; il est à 88 % à l'intérieur de six mois. Et ça, je vais vous avouer qu'on est les premiers au Canada.

Quand on arrive au niveau des prothèses, on parle de la prothèse d'orthoplastie du genou, où on a un taux à 78 %, puis on est deuxième. Prothèse de la hanche, on est, encore là, deuxième à 82 %. Souvent, l'écart entre le premier puis le deuxième est vraiment minime. Donc, M. le Président, je suis quand même très fier. Parce que souvent ça a été critiqué, notre accessibilité aux services. Mais, lorsqu'on se compare, on se rend compte qu'on a une des meilleures accessibilités, sinon la meilleure accessibilité, au niveau du Canada. Et ça, c'est toutes chirurgies confondues. Merci, M. le Président.

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

M. Chevarie: Oui. Comme le ministre le mentionne, non seulement l'article nous indique que le Québec obtient d'excellents résultats, mais aussi ce que le ministre n'a pas dit mais qu'il faut mentionner, c'est que traiter un patient ici au Québec coûte moins cher que pour l'ensemble des provinces canadiennes. Puis j'aimerais ça que le ministre puisse continuer à nous donner de l'information par rapport à cette affirmation-là.

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

M. Bolduc: Oui. D'ailleurs, lorsqu'on regarde le coût, on est la province qui coûte la moins cher. Et je ne sais pas si on a le coût, le coût par chirurgie... par chirurgie, mais le coût par hospitalisation au Québec, mais généralement en tout cas,

pour vous donner le montant grossier, c'est environ 500 \$ de moins que la province qui, après nous, coûte le moins cher. L'autre élément qui est très intéressant, c'est que non seulement on coûte le moins cher, mais on est dans les provinces qui ont la meilleure espérance de vie. On est, encore là, vraiment dans les premiers ou deuxièmes en termes d'espérance de vie.

Et un élément intéressant, lorsque la députée de Taschereau parlait de la qualité des soins qui s'est améliorée au cours des dernières années ou lorsqu'on juge que parfois on a l'impression que ça ne s'améliore pas, au cours des cinq dernières années, le Québec a amélioré l'espérance de vie à la naissance d'une année, du jamais-vu dans l'histoire de la médecine. On est rendus maintenant à 81,5 ans en termes d'espérance de vie. Et, cette semaine, je présentais à une délégation de la France... Et la semaine dernière, en fin de semaine dernière, dans le journal, il était noté que, lorsqu'on comparait la France, qui était considérée comme un des meilleurs systèmes de santé au monde, versus le Québec, l'espérance de vie au Québec est à 81,5 ans, l'espérance de vie en France est à 81,3 ans. Donc, on a une espérance de vie qui est supérieure à celle de la France, qui est considérée comme un excellent système de santé.

Donc, M. le Président, on coûte moins cher, on a des meilleurs résultats et également on a des délais les plus courts, ce qui fait que, quand je dis souvent que le Québec est l'un des meilleurs endroits pour se faire traiter au Canada et dans le monde, je pense que ça en fait la preuve.

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

M. Chevarie: Question complémentaire. On sait que le ministre attache beaucoup d'importance à la région de Montréal, et à juste titre. Il y a un bassin de population là extrêmement important et des établissements de santé avec des services spécialisés et surspécialisés. Et j'aimerais ça qu'il nous parle également par rapport à cette étude comment les hôpitaux de la région de Montréal se sont particulièrement démarqués suite au rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. C'est que, quand on regarde le document, là... que je répète le titre, *Le Québec brille*, on voit que nos installations à Montréal se comparent très avantageusement avec celles de même catégorie au niveau canadien, et je vais vous donner des exemples. Le Centre hospitalier universitaire de Montréal, le CHUM, quand on parle de la réadmission dans les 90 jours suivant une orthoplastie du genou, le taux, au Québec, au CHUM, est à 2,04 %, la moyenne canadienne est 3,41 %, donc c'est 50 % de mieux; la réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques, 4,17 %, 6,24 % dans la moyenne canadienne. Et on parlait de Maisonneuve-Rosemont tantôt, avec notre beau projet de 985 millions de dollars de rénovations, malgré que c'est un endroit à rénover, lorsque vous vous comparez avec l'ensemble des autres établissements canadiens, c'est 3,42 % au niveau canadien — et écoutez le chiffre — 0,75 % à Maisonneuve-Rosemont; c'est quatre fois moins pour les réadmissions dans les 90 jours suivant une orthoplastie de la hanche.

Lorsqu'on regarde les tableaux, à tous les niveaux, nos établissements sont meilleurs, donc c'est quand même un signe de la qualité de la pratique qui se fait au Québec en termes d'accessibilité et en termes de qualité des soins. La réadmission à 90 jours, au niveau international, est considérée comme un des critères de qualité qui est appliqué au niveau des établissements de santé.

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

M. Chevarie: Il reste quelques minutes?

Le Président (M. Sklavounos): Oui, deux minutes.

M. Chevarie: O.K. Merci. Au début de la discussion sur les crédits budgétaires, on a parlé de la méthode «lean», au niveau des urgences, et je pense que ça donne des résultats, le ministre en a fait la démonstration, il y a des gains d'efficacité. Je pense qu'on s'est grandement améliorés au niveau de l'ensemble des urgences, mais j'imagine que c'est la même chose au niveau des blocs opératoires. Et j'aimerais savoir du ministre s'il peut nous donner des exemples d'approche «lean» en matière de chirurgie dans nos hôpitaux du Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député. Il ne reste pas beaucoup de temps, mais allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Bien, on pourra revenir, mais globalement — je vais vous donner juste des données qui sont très impressionnantes — on a fait un projet «lean» à l'hôpital Pierre-Boucher. Ils ont passé de neuf cataractes à 15 cataractes dans la même journée avec les mêmes ressources. Je suis allé rencontrer les infirmières, et récemment, lorsqu'on a fait une annonce à Pierre-Boucher, le chirurgien... un des chirurgiens qui fait de la cataracte est venu me voir et les gens en font plus et travaillent moins, ce qui explique aussi les diminutions de nos listes d'attente.

Pour vous donner d'autres exemples, au bloc opératoire de Hull, ils ont fait un projet «lean», augmentation de 35 % le nombre de cas de chirurgies, et également, lorsqu'on l'avait fait à Val-d'Or, on avait une augmentation de 25 % du nombre de cas de chirurgie.

À la fin, il y a plus de cas qui sont faits, plus grande satisfaction de la clientèle, plus grande satisfaction du personnel, et, compte tenu qu'on en fait plus dans le même temps, bien, c'est certain qu'il y a une économie des coûts.

Donc, on va pouvoir revenir là-dessus, mais c'est vraiment une des stratégies gagnantes pour le réseau de la santé pour améliorer la performance, la qualité et la sécurité.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, compte tenu de l'heure, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 19 h 30. Et, juste une note, nous allons changer de salle, nous serons à la salle du Conseil législatif, le salon rouge, à 19 h 30. Merci beaucoup. Bon appétit!

(Suspension de la séance à 18 h 28)

(Reprise à 19 h 33)

Le Président (M. Sklavounos): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux.

Nous avons changé de salle; nous sommes à la salle du Conseil législatif en ce moment. Je vais demander à toutes les personnes qui sont dans la salle de bien vouloir prendre une seconde afin d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires ou de le mettre en mode vibration.

Je vous rappelle que nous sommes réunis afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé relevant du portefeuille Santé et services sociaux pour l'exercice financier 2012-2013.

Puisque nous avons commencé deux minutes en retard, j'ai besoin du consentement des membres pour aller à 10 h 32. Alors, j'ai le consentement? Consentement. Merci.

Alors, il me semble qu'il restait quelque huit minutes au groupe ministériel suite au dernier bloc avec lequel on a terminé avant la suspension pour le souper. Alors, je vais céder la parole pour huit minutes aux ministériels... à M. le député des Îles-de-la-Madeleine, qui est adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, pour huit minutes. Et, par la suite, ça sera au tour de l'opposition officielle. On va alterner et éventuellement nous allons avoir le député de Shefford qui va aussi être avec nous ce soir.

M. le député des Îles-de-la-Madeleine, la parole est à vous.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Au dernier bloc, avant le souper, on n'a pas eu vraiment le temps de... peut-être de compléter la question sur les méthodes «lean» dans le cadre des blocs opératoires. Et peut-être que je donnerais l'opportunité au ministre de compléter sa réponse dans ce sens-là si c'était possible.

Donc, est-ce que le ministre peut nous donner des exemples de l'approche «lean» par rapport aux laboratoires? On sait qu'on la connaît beaucoup... Par rapport aux blocs opératoires, plutôt. On la connaît beaucoup par rapport aux urgences. Alors, ma question est dans ce sens-là pour le ministre.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. D'abord, la méthode «lean», c'est une méthode qui peut s'appliquer n'importe où, pas seulement que dans le domaine de la santé. C'est utilisé dans l'industriel, dans le manufacturier, dans les services financiers. C'est une méthode qui est systématique, qui est structurée pour améliorer la performance.

Également, la méthode «lean», une de ses grandes forces, c'est que c'est d'abord basé sur l'approche ressources humaines, c'est-à-dire que c'est les gens qui sont sur le terrain qui posent les actions, là, qui vraiment prennent des décisions. Ce sont ces gens-là qui sont retirés à l'extérieur et, avec une personne qui connaît la méthode «lean», à ce moment-là, ils regardent tous leurs processus, ils regardent toutes leurs façons de fonctionner et ils en amènent à amener des modifications qui améliorent la performance.

On l'a fait dans des urgences où ça a diminué des délais d'attente. Ça a permis également d'améliorer la fluidité de l'urgence. Au bloc opératoire... Vraiment, un bloc opératoire, c'est ce qui ressemble le plus à une fabrication d'automobile, c'est-à-dire c'est un patient qui arrive... c'est quand même très humain, mais, lorsqu'il arrive, là, c'est des processus qu'on fait un en arrière de l'autre jusqu'à la chirurgie et au postopératoire. Et, lorsqu'on fait la révision du fonctionnement du bloc opératoire avec la méthode «lean», généralement on va faire de 25 % à 35 % plus de chirurgies. Les gens doutaient, mais tous ceux qui ont fait des projets «lean» au bloc opératoire finissent par faire 25 % à 35 % plus de chirurgies à l'intérieur du même temps opératoire.

Et, en plus, lorsque vous questionnez les professionnels, ils vont vous dire qu'ils travaillent moins. Pourquoi? D'abord, la méthode «lean» va enlever un 25 % à 30 % des étapes ou des processus qui sont inutiles. De plus, ça demande une réorganisation physique au niveau du bloc opératoire. On n'a plus de standardisation et tout ce qui est temps perdu, c'est-à-dire attendre après un autre, des temps inutiles. Vu qu'on réussit à les éliminer de façon systématique, à ce moment-là, on va chercher notre gain d'efficacité.

Et ce qu'il faut comprendre... Puis je vais donner l'exemple de la cataracte. Ce qui est long dans la cataracte, ce n'est pas la chirurgie — c'est une chirurgie qui dure entre 15 et 20 minutes — c'est le moment d'entrer le patient dans la salle d'opération, l'installer, prendre le temps de faire tout ce qu'il faut comme manoeuvre avant de l'opérer. Et, lorsque la personne a fini d'être opérée, c'est de la prendre puis de la sortir de la salle, l'amener en salle postopératoire.

Quand vous regardez les délais, souvent les endroits non performants, ce n'est pas le temps chirurgical, c'est le temps avant et le temps après. Et, avec la méthode «lean», on peut diminuer ces temps de façon très significative. C'est pour ça qu'actuellement il y a plusieurs blocs opératoires qui l'ont comme projet, et ceux qui ne l'ont pas comme projet, ils en ont

parlé avec d'autres et, au cours des prochaines années, tous les blocs opératoires vont finir par être évalués selon le processus «lean», qui va nous permettre d'améliorer la productivité. Et ça, c'est un bel exemple d'on a de meilleurs résultats, meilleure qualité, et puis ça prend moins de temps, on en fait plus et, à la fin, ça coûte moins cher par cas. Parce que ce qui est dispendieux dans nos blocs opératoires, c'est le temps infirmier, c'est le temps personnel. Et puis, vu qu'ils font plus de cas dans le même temps, bien, c'est plus rentable.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il vous reste encore quatre minutes, M. le député des Îles.

M. Chevarie: Oui. Le ministre nous dit que, dans la méthode «lean», il y a, entre autres, un processus d'identification d'interventions qui sont peu utiles, qui sont ciblées ou encore qui n'ajoutent pas à la qualité des soins ou des services. Est-ce que le ministre pourrait nous donner quelques exemples pour bien illustrer ces affirmations?

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

M. Bolduc: Je vais vous donner l'exemple du projet qu'on a eu à Val-d'Or lorsqu'on a fait notre projet de bloc opératoire. Historiquement, dans les salles d'opération, les patients arrivent tous à peu près à la même heure le matin, même le patient qui va être opéré à 3 heures l'après-midi.

Lorsque nous avons fait le projet «lean», on a évalué, puis on s'est rendu compte qu'au lieu d'arriver tous le matin, ils pourraient arriver une heure avant. Mais là les chirurgiens vont vous dire: Est-ce que c'est sûr que le patient va être là? Je veux être certain de ne pas perdre de temps s'il arrive en retard. Ça fait qu'on a mis le processus en place.

Ce que ça a comme implications, c'est que, si le matin vous faites venir tous les patients en même temps, vous allez avoir une salle, vous allez peut-être avoir huit, neuf, 10 patients qui vont attendre. Pour s'occuper de ces patients-là, ça prend du personnel, ça prend une salle physique, et souvent, là, ça prend des gens qui s'occupent d'eux autres. Mais, à partir du moment qu'on les fait venir seulement qu'une heure avant, bien, cette salle-là, on n'en a plus besoin.

Puis qu'est-ce qu'on a fait à Val-d'Or? C'est qu'on a fermé cette salle d'attente et on a pu réinstaller un endroit au bloc opératoire où les patients, une heure avant, étaient évalués et, lorsqu'arrivait leur temps de chirurgie, bien, ils pouvaient procéder plus rapidement.

● (19 h 40) ●

Quand vous évaluez, ça veut dire que, si j'avais deux personnes qui s'occupaient de ça, c'est deux salaires que je sauve qui, en passant, je peux réutiliser ailleurs. Deuxièmement, c'est quand on a fait l'évaluation de la satisfaction des patients, bien on s'est rendu compte que les patients aimaient pas mal mieux arriver une heure avant que d'arriver le matin même, puis attendre jusqu'à la fin de l'après-midi. Et, troisièmement, on a mesuré: Est-ce qu'il y a des patients qui ne se présentent pas? La réponse, c'est non, les patients se présentent tout le temps. Et, si on ne s'était pas posés la question, puis qu'on n'avait pas fait les valeurs de processus, puis qu'on n'avait pas regardé les valeurs ajoutées, bien, les gens continueraient à fonctionner comme ils fonctionnaient avant. Donc, c'est une des façons qu'on a fait pour réussir à améliorer.

Également, lorsqu'on a regardé les fournitures du bloc opératoire, on a pu diminuer de 50 % le nombre de fournitures qui étaient en stock au niveau du bloc opératoire. Il faut se rendre compte qu'il y a du matériel qui vient que ce n'est plus utilisable, qui est trop vieux. Donc, juste par la méthode de gestion des fournitures, on a réussi à diminuer de 50 %.

Il y a plusieurs, plusieurs, plusieurs étapes comme ça, que ça, quand on évalue puis qu'on évalue vraiment la valeur ajoutée, on va se rendre compte qu'il n'y en a pas. Tous systèmes confondus, que vous soyez dans le «lean» en manufacturier, en industriel ou dans la santé, généralement, si vous regardez ce que l'on fait, il y a 30 % à 40 % qui n'a pas de valeur ajoutée mais qu'on fait de façon historique. Ça fait que, quand on se repose la question, on est capables de ne plus le faire, puis à ce moment-là c'est là qu'il est, notre gain de productivité.

Également, un des principes importants du «lean management», c'est d'éliminer la surcharge de travail. Souvent, dans nos établissements, les gens travaillent très fort. Mais, quand on réussit à enlever le 10 %, 20 % ou 30 % qui n'a pas besoin d'être fait, bien là, ça les met à des charges de travail qui sont acceptables et normales.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, il reste une trentaine de secondes, on va voir à les transférer à l'autre... à toutes fins utiles. Alors, je vais maintenant céder la parole, du côté de l'opposition officielle, à M. le député de Beauharnois qui est avec nous. Bienvenue, M. le député de Beauharnois. La parole est à vous.

M. Leclair: Merci, M. le Président. Bien, bonsoir à tous. Le ministre ne sera pas surpris de me voir ici et s'attendre à une question qui a...

M. Bolduc: ...

M. Leclair: Exactement, le centre hospitalier du Suroît. Après plusieurs promesses, d'énormes rencontres, plusieurs visites, plusieurs demandes, plusieurs modifications des plans, là, on sait que maintenant nous sommes rendus à l'étape où est-ce que les plans rencontrent les besoins recherchés, les plans sont rendus au ministère. Alors, la question toute simple: Le ministre est-il en mesure de confirmer que ce projet fait partie des plans d'immobilisation du ministère 2012-2013?

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

M. Bolduc: M. le Président, ça ne fait pas partie du plan quinquennal d'investissement 2012-2013, excepté que nous savons, au niveau du CSSS le Suroît, qu'il va falloir faire des améliorations. Là, j'ai eu une rencontre il y a deux semaines,

on a parlé des problématiques, entre autres la quantité de patients qui consultent au Suroît, puis ils n'ont pas les installations pour être capables de tous les recevoir de façon adéquate. C'est un dossier qui, pour nous, est prioritaire, mais actuellement il n'est pas dans le plan quinquennal d'investissement 2012-2013.

Par contre, ce qui peut être fait, on va travailler avec l'établissement pour voir c'est quoi, la planification. Il y a peut-être des choses ou des projets qu'on peut faire en attendant qu'on puisse mettre en place le plan quinquennal, parce que, dans le projet, il y a des choses qui pouvaient être faites plus rapidement, il y a des affaires qui sont, à plus long terme, plus structurantes. Mais je peux vous dire que, pour la population du CSSS le Suroît, puis également c'est la population de Vaudreuil-Soulanges, puis également vous avez la population du CSSS du Haut-Saint-Laurent qui consulte en partie dans votre CSSS, il y a... on comprend qu'il y a... puis on est d'accord qu'il y a un besoin énorme.

Il y a une pression également, compte tenu de la croissance de population dans le secteur, et, comme vous le savez, il y a un projet de construction d'un nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulanges, mais je peux rassurer la population de Valleyfield et des environs que le projet du CSSS le Suroît n'est pas en relation avec celui de Vaudreuil-Soulanges, mais va plutôt être complémentaire, et, oui, c'est un projet qu'on va regarder assez rapidement. Mais, pour 2012-2013, il n'y aura pas de grand projet parce qu'il y a encore du travail à faire au niveau des plans puis au niveau de la planification.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. M. le député de Beauharnois, question complémentaire.

M. Leclair: Bien, je suis un petit peu inquiet. L'année passée, le ministre nous disait que, pour ce qui est de l'hôpital de Vaudreuil, qui va être une nécessité dans le futur, ça ne sera pas avant 10 ans d'ici, donc on parlait de 2021. Le ministre me répond ce soir qu'en 2012-2013 ça ne fait même pas partie d'un plan quinquennal. Donc, d'ici cinq ans, on ne verra pas l'agrandissement de l'hôpital du Suroît. Est-ce que j'ai bien compris?

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

M. Bolduc: Non. Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne. C'est qu'un, l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges est prévu pour 2018, et, quand on parle de plan quinquennal, c'est qu'il n'est pas dans le montant de cette année, 2012-2013, mais, en 2013-2014, c'est possible qu'il puisse être là. Et je peux vous dire que le CSSS le Suroît est une priorité, mais ça ne prendra pas cinq ans avant qu'on fasse quelque chose au CSSS le Suroît. Quand on parle de plan quinquennal, c'est parce que c'est une planification cinq ans, mais c'est à chaque année qu'on annonce l'investissement.

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

M. Leclair: Bien, j'aimerais, juste pour qu'on puisse rassurer un peu les gens de la région du Suroît... à savoir est-ce qu'au moins, en 2013, comme le ministre semble dire, 2013-2014, on pourrait y voir? Est-ce qu'on croit que ça va être 2013-2014?

M. Bolduc: On ne peut pas...

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

M. Bolduc: On ne peut pas le dire encore parce qu'il faut attendre de voir les enveloppes qui vont être disponibles, mais je peux vous dire que le CSSS le Suroît est une priorité, et on n'attendra probablement pas non plus de faire le grand plan afin d'apporter certaines améliorations à l'intérieur. Mais on ne peut pas... sous aucun projet, on peut le dire encore pour 2013-2014. Il faut attendre, à ce moment-là. Mais c'est un projet qui nous tient à coeur.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Merci, M. le député de Beauharnois. Et je vais céder la parole à Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. Merci, M. le Président. Je vais continuer sur le même sujet. Dans notre cahier des crédits, on apprend qu'en 2010, 14 décembre 2010, la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire de la région de la Montérégie avait deux options, envisageait deux options. La première option, c'était de rehausser substantiellement l'hôpital du Suroît et construire simultanément à Vaudreuil-Soulanges un hôpital de même envergure, soit environ une installation de 250 lits.

On nous dit, dans le cahier, qu'il semble... un peu plus loin, deux, trois paragraphes plus loin: «Il semble que l'orientation retenue est la première option...» Il semble que. Est-ce que cette option de rehaussement de l'hôpital le Suroît est l'option qui est agréée, acceptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux? Je voudrais avoir une confirmation du ministre. Il faut savoir, pour bien comprendre le débat, que l'autre option, c'était de faire du Suroît un centre ambulatoire de première ligne et de lits de CHSLD. Donc, ce n'était plus du tout l'hôpital qu'il est actuellement.

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

M. Bolduc: Oui. L'option qui est retenue, c'est vraiment que ça va être un hôpital dans le CSSS. Et c'est un hôpital complet, un peu du style de Rivière-du-Loup, Alma, parce que des populations d'à peu près 50 000... Mais il va falloir agrandir l'hôpital, il va falloir le rénover. Et le fait de faire un hôpital à Vaudreuil-Soulanges ne retarde pas le projet de

Valleyfield; on a besoin des deux projets. Et la raison est très simple: la croissance de population dans la Montérégie-Ouest est impressionnante au cours des 10 ou 15 prochaines années. Juste un exemple, le CSSS Vaudreuil-Soulanges va passer d'une population de 130 000 à 180 000 personnes avec un vieillissement de la population.

Donc, c'est une nécessité d'avoir un hôpital à Vaudreuil-Soulanges et c'est une nécessité également d'avoir un hôpital au niveau du CSSS du Suroît.

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

Mme Maltais: Si je comprends bien, Vaudreuil-Soulanges, lui, il est dans le plan quinquennal, puis Suroît ne l'est pas.

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

M. Bolduc: Non. Vaudreuil-Soulanges, on est encore à l'étape de planification, ça fait que la prévision est pour 2018. Et, pour ce qu'il s'agit du projet du CSSS le Suroît, c'est un projet qu'on a reçu, qu'on est en train d'étudier, puis c'est un projet qu'on va faire probablement par étape parce que, compte tenu que c'est un agrandissement avec une rénovation, on ne peut pas faire la rénovation tant qu'on n'a pas terminé l'agrandissement.

Ça fait qu'il y a des travaux qui vont être faits, mais on va le faire par étape, comme on fait d'ailleurs Sacré-Coeur, comme on fait Maisonneuve-Rosemont, sur le même principe. La finalité, ce qui est bien important, c'est qu'à la fin c'est un hôpital complet qui va desservir la population de Valleyfield, qui est une population d'environ 50 000 de population. Et, en 2018, il va y avoir un nouvel hôpital qui, lui, va couvrir une population d'environ 130 000, 140 000, en allant en croissance autour de 180 000.

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

Mme Maltais: La première étape pour le Suroît, c'est quand?

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

M. Bolduc: Bien, comme je vous dis, on a reçu les plans, on travaille avec eux autres. Mais, cette année, le plan quinquennal d'investissement, le Suroît n'est pas là. Mais, l'année prochaine, on va le décider selon le montant d'argent qui va être disponible au niveau du plan quinquennal et on va faire nos priorités à ce moment-là.

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

Mme Maltais: ...commence par l'échéance.

M. Bolduc: M. le Président, si je peux...

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

M. Bolduc: On en a fait la discussion. Il faut qu'on fasse des choses au CSSS le Suroît parce qu'il y a une pression énorme à cause de l'augmentation de population et qu'il nous manque un hôpital dans ce secteur. Donc, il vont... On va regarder au niveau de l'offre de services qu'est-ce qui peut être fait de plus, mais ce n'est pas nécessairement juste en relation avec la rénovation et l'agrandissement de l'hôpital.

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

M. Leclair: Bien, la question est toute simple. En ce moment, c'est le Suroît qui reçoit et qui donne les services à tout le monde. Pourquoi qu'on a une date et une année pour Vaudreuil et on n'a même pas de date pour le Suroît? Puis on sait que c'est eux qui donnent les services en ce moment.

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

● (19 h 50) ●

M. Bolduc: C'est parce que c'est... Ce n'est pas le même processus, parce que vous avez... Voyez-vous, si, l'année prochaine, on prioriserait le Suroît, on commencerait les travaux rapidement, tandis que, pour l'hôpital, on sait déjà que les travaux vont être planifiés à commencer juste dans trois ou quatre ans. Donc, si je vous mets dans le plan quinquennal cette année, il y a d'autres projets qui ne se feront pas.

Et, également, au niveau du CSSS de Vaudreuil-Soulanges, l'argent n'est pas réservé pour cette année. On a juste donné l'orientation que ça serait construit pour 2018 et on va faire notre planification au moment venu pour réserver l'argent.

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

Mme Maltais: M. le Président, là, excusez-moi. Vaudreuil-Soulanges, on dit 2018. On donne une date. L'hôpital n'existe même pas. Ils sont en planification, puis il y a une date. Le Suroît, que j'ai visité, où il y a des besoins, il y a une

pression extraordinaire... Mon collègue y vient année après année. On lui chante la même chanson année après année: Un jour, un jour, un jour. Je pense qu'il est correct qu'il dise: Est-ce qu'on a au moins un premier échéancier, une première date? Je le vois, moi. Je suis allée là-bas comme vous. Vous visitez les hôpitaux. Nous aussi, on visite les hôpitaux. Puis mon collègue, il m'a fait visiter, puis j'ai vu une situation alarmante. Alors, je pense que c'est correct qu'il dise: Écoutez, les autres, il y a une date. Pourquoi les gens du Suroît, ils n'ont pas à tout le moins l'impression d'être dans la machine, l'impression d'être dans les plans du ministère? Cette idée d'avoir au moins une première date, d'avoir un échéancier, d'avoir cet engagement qu'on est dans les plans du ministère. Mon collègue, il a raison de la demander.

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

M. Bolduc: C'est qu'ils sont dans nos plans. C'est un projet de 68 millions, puis on a une planification de faire un 15 millions transitoire en attendant de finir la planification. Mais, à chaque année, on réserve de l'argent puis on ne peut pas dire l'année prochaine qu'est-ce qui va être fait: ça va dépendre des réserves monétaires.

Juste pour vous donner un exemple, cette année, on a annoncé l'urgence de Maisonneuve-Rosemont. J'ai annoncé qu'on supporterait le projet de Maisonneuve-Rosemont, mais on n'a pas réservé encore d'argent dans le plan quinquennal, parce que ça va venir plus tard. Et, juste pour vous donner un autre exemple, une fois qu'on a l'avis de pertinence, il y a des travaux à faire avant de le mettre dans le plan quinquennal. Honnêtement, là, on est juste équitables avec tout le système de santé du Québec.

Et, oui, Vaudreuil-Soulanges a besoin de rénovations et on le reconnaît, mais il faut qu'on suive la logique. Et on ne pénalisera pas un autre établissement parce que c'est Vaudreuil-Soulanges puis qu'on me pose une question à l'Assemblée nationale. Il y a un processus équitable entre les établissements. Et Vaudreuil... pas Vaudreuil-Soulanges, mais le Suroît, en temps et lieux.

Pour ce qu'il s'agit du Vaudreuil-Soulanges, l'hôpital, on n'a pas mis d'argent non plus dans le plan quinquennal. Mais on sait qu'il faut planifier pour 2018 la fin de la construction. Et, en temps et lieux, on mettra ça dans le plan quinquennal. La différence entre un hôpital à rénover puis un hôpital neuf, c'est important pour un hôpital neuf de donner l'orientation vers quoi on s'en va à cette période-là.

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

Mme Maltais: À l'hôpital le Suroît, la morgue — la morgue — est à côté des laboratoires et des centres de prélèvement. C'est ça qui se vit à l'hôpital du Suroît au cas où quelqu'un ne comprendrait pas de quoi on parle ici. Et ce que vient de dire le ministre est encore incroyable. Il dit: La fin de la construction à Vaudreuil-Soulanges, c'est 2018. Mais actuellement, là, on n'arrive même pas à avoir une date pour les premiers travaux dont il vient de parler. Il parle qu'il y a des travaux à faire avant? D'accord. Quand est-ce qu'ils vont commencer, ces travaux-là? Est-ce qu'on pourrait... Mon collègue, il vous demande une date des premiers travaux. Je trouve que c'est un coup de patin qui n'est pas très intéressant pour le Suroît que le ministre est en train de nous faire.

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

M. Bolduc: M. le Président, l'argument de la députée de Taschereau ne tient pas la route. L'hôpital d'Alma où est-ce que je travaillais, que je considère un hôpital qui fonctionne très bien, la morgue est à côté des laboratoires aussi tout simplement parce que la morgue, ça fait partie de la pathologie, puis la pathologie fait partie des laboratoires. C'est que, si vous mettez la morgue ailleurs que près d'un laboratoire, vous êtes dans le trouble. Ça fait que, là, juste pour vous dire, ce n'est pas un bon argument pour faire une rénovation.

Et la réponse est assez simple. En temps et lieux, on va y aller avec des rénovations. Mais ce n'est parce qu'on vient poser une question lors des crédits qu'on va favoriser un hôpital par rapport à d'autres. Je vois le député de Shefford, il a travaillé pour leurs urgences à Granby. Je suis allé innover... Je suis allé inaugurer l'urgence de Granby. À chacun son tour, et c'est un processus équitable.

Et, je tiens à vous le dire, une priorité pour nous autres, c'est le CSSS le Suroît. On planifie un plan de transition, mais il n'y aura pas de dates qui vont se dire aujourd'hui, tout simplement parce que le plan quinquennal est déjà déterminé pour cette année. Mais, oui, on veut travailler avec le CSSS le Suroît et, oui, on veut investir temporairement en attendant de faire la grande rénovation. Et, oui, la grande rénovation va se faire à un moment donné.

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

Mme Maltais: Oui, M. le Président. On va parler d'un autre hôpital que le ministre, là, a déjà annoncé. «Saint-Jérôme, le 20 octobre 2008 — 2008. Le ministre du Travail et ministre responsable de la région des Laurentides, M. David Whissell, est heureux de procéder aujourd'hui au lancement du projet de construction d'un nouveau centre d'hébergement de 212 lits à Saint-Jérôme.» Et c'est très attendu.

Remarquez, c'était en campagne électorale. En campagne électorale il se dit bien des choses au Parti libéral. Un beau projet d'envergure, un investissement de 28,7 millions de dollars, un projet important dans la région des Laurentides, disait le ministre d'alors.

Alors, si je vais voir un peu plus, un peu plus loin, on a ce beau paragraphe: «Suite à cette annonce importante, le Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme pourra continuer à faire cheminer le projet, notamment par la

préparation des plans et devis. Le nouvel immeuble, qui devrait ouvrir ses portes en 2012 — 2012 — aura une superficie d'environ 14 000 mètres carrés.» 2012. Ouverture d'un nouvel hôpital à Saint-Jérôme.

C'est drôle, c'est parce qu'il n'y a même pas une pelletée de terre de faite. Il n'y a rien de fait. Ça n'a pas commencé à se construire. Alors, j'ai parlé déjà d'entrée de jeu, dans les remarques préliminaires, des promesses rompues des campagnes électorales. La question, elle est toute simple: Est-ce que le ministre attend la prochaine campagne électorale pour aller faire la première pelletée de terre? Est-ce que les travaux pourraient commencer avant la prochaine campagne électorale? On ne sait pas si c'est dans un mois, on ne sait pas si c'est dans un an, mais les gens, ils sont tannés des promesses rompues et ils en ont assez des annonces qui ne sont là que pour gagner les campagnes électorales, qui ne sont pas là pour faire avancer la situation sociosanitaire des régions.

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

M. Bolduc: Bien, M. le Président, je suis content de savoir ça d'un parti qui a tellement négligé les Laurentides, Laval puis Lanaudière pendant des années. Le projet de Saint-Eustache, 40 millions, c'est notre gouvernement qui l'a fait. J'ai annoncé, l'année dernière, des rénovations au CSSS Thérèse-De Blainville, des nouvelles rénovations à Saint-Eustache, des nouvelles rénovations également à Saint-Jérôme. Nous avons annoncé le projet de 50 millions de santé mentale à Saint-Jérôme. J'étais allé voir également l'urgence qui a été inaugurée à l'hôpital de Saint-Jérôme, qui est une urgence neuve. Venant d'un parti qui a beaucoup de députés dans le secteur mais qui n'ont jamais rien fait, c'est un petit peu étonnant.

Par contre, la bonne nouvelle, le CHSLD de 200 places du CSSS de Saint-Jérôme, comme de fait, il est dans le plan quinquennal, et, au cours des prochaines semaines, des prochains mois, nous aurons l'occasion d'aller faire l'annonce. Ça fait que celui-là, il est réservé dans notre plan quinquennal, et c'est une bonne nouvelle. Et cette année c'est un dossier qui va être réglé. Ça fait que je tiens à le dire à la députée de Taschereau: Ce n'est pas parce qu'elle a posé la question qu'on va aller l'annoncer; c'est parce qu'il est dans nos cartons, et très bientôt nous allons aller faire l'annonce.

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

Mme Maltais: M. le Président, c'est parce qu'il ne comprend pas, là. L'annonce, ça fait trois ans et demi qu'il l'a faite. Je ne lui demande pas une annonce. On est tannés des annonces en campagne électorale. C'est ça qui augmente le cynisme de la population. Ça fait que les hommes et femmes politiques, ils ne sont plus crus. C'est pour ça que ce gouvernement-là, il est si bas dans les sondages. C'est parce que regardez ce qu'il vient de dire encore, le ministre: L'annonce, j'irai la faire. Ça fait trois ans et demi qu'elle est faite, l'annonce.

Ce qu'on demande, ce n'est pas que ce soit dans le plan quinquennal, c'est que le ministre respecte ses engagements, et ses engagements, normalement, c'est que, dès cette année, l'hôpital ouvrirait. On comprend que son engagement, il est rompu. L'engagement, il est rompu.

Maintenant, est-ce qu'on pourrait avoir un peu plus de sérieux en cette salle puis dire un peu aux gens de là-bas, de Saint-Jérôme, quand est-ce que les travaux vont commencer? Ça fait trois ans et demi que l'annonce est faite, M. le ministre. Je suis heureuse de vous l'apprendre.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste encore trois minutes. Je vais rappeler qu'il faut s'adresser toujours à la présidence, si on va maintenir le décorum avec lequel on a commencé. M. le ministre.

● (20 heures) ●

M. Bolduc: Bien, M. le Président, pour un parti qui a mis une pancarte pour le CHUM à 7 millions, puis on ne l'a jamais même construit à l'endroit où est-ce qu'ils avaient mis la pancarte... On est en train de construire un beau CHUM à Montréal, le CUSM. On est en train de faire l'hôpital général juif. Les travaux de l'Hôtel-Dieu de Québec sont débutés, ce qui fait que c'est tous des projets qui sont en train d'être réalisés, puis, à ma connaissance, le Parti québécois ne mettait à peu près pas d'argent dans les infrastructures. C'est d'ailleurs pour ça qu'on est en train de faire de la grande récupération.

Aujourd'hui, ils peuvent bien se gargariser de travailler fort puis de vouloir des choses, mais, si, à l'époque, ils avaient pris les bonnes décisions puis ils avaient fait les pelletées de terre, aujourd'hui, on inaugurerait. Mais il faut faire le travail qu'ils n'ont jamais fait, et on fait de la récupération. Le Québec n'a jamais été en chantier comme ça pour les institutions de santé. Et, oui, nous avons l'argent dans le plan quinquennal et, oui, nous allons suivre... nous allons être rigoureux et nous allons le construire, ce CHSLD à Saint-Jérôme. Cette année, on va y retourner bientôt, on va annoncer la prochaine étape et, un peu plus tard, on va faire la pelletée de terre. Et, oui, ce sont des projets qui vont se réaliser, puis ce n'est certainement pas à cause du Parti québécois qu'il y avait eu des rénovations et des projets majeurs dans les Laurentides. C'est tous nous autres qui les avons faits, les projets des Laurentides.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau, il reste 1 min 30 s.

Mme Maltais: Et, en santé mentale, effectivement, vous avez été obligés de faire une annonce. Ça a pris un rapport du Collège des médecins et de l'Ordre des infirmières, tellement la situation était rendue déplorable. C'était honteux, ce qui se passait là-bas, et vous avez été rappelé à l'ordre. Vous avez été rappelé à l'ordre par le Collège des médecins.

Mais ma question était toute simple: Est-ce qu'on pourrait avoir une date pour les gens? Mais ce que je comprends, c'est que le ministre, qui est ici en étude des crédits, il préfère attendre, parce qu'il va aller là-bas puis il ne se fera pas questionner par l'opposition sur ce qu'il a déjà fait. Ça aurait été correct, M. le ministre, correct, parce que ça fait trois ans et demi que les gens attendent à Saint-Jérôme, ça aurait été très correct aujourd'hui d'être un peu sérieux puis de leur donner un échéancier.

Le Président (M. Sklavounos): Ce n'est pas un dialogue. Je vais... Il reste 45 minutes. Il faut s'adresser à la présidence, s'il vous plaît. M. le ministre, 45 secondes.

M. Bolduc: Oui, M. le Président. Je vais les prendre, les 45 secondes. Un, on est le gouvernement qui n'a jamais autant construit d'établissements de santé. Au niveau des CHSLD, c'est la même affaire. On a créé des ressources intermédiaires. L'année dernière, on a annoncé des investissements majeurs en ressources intermédiaires dans les Laurentides, tant dans le CSSS de Saint-Jérôme, dans le CSSS de Lac-des-Deux-Montagnes que dans le CSSS de Thérèse-De Blainville. Ça a été la place où on a investi le plus au Québec.

Le Parti québécois n'a pas mis un sou dans les Laurentides, ils n'ont pas mis un sou dans Lanaudière. D'ailleurs, ils peuvent bien se plaindre aujourd'hui, si, à l'époque, ils avaient fait le travail en santé mentale, s'ils avaient fait le travail en santé physique, on passerait à d'autres étapes, M. le Président. Alors, je suis fier de ce qu'on a réalisé, et, oui, on va aller très bientôt à Saint-Jérôme pour la prochaine étape du CHSLD de 200 places.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, ça met fin à ce bloc de l'opposition officielle, et je regarde du côté des ministériels et je cède la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine, adjoint parlementaire du ministre.

M. Chevarie: Oui, merci, M. le Président. Pour ce bloc-ci, on va aborder le thème des dons d'organes et, évidemment, on va adresser la question au ministre de la Santé, mais fort probablement que le ministre va demander à M. Louis Beaulieu de venir nous... échanger avec nous sur ce sujet-là.

Mais, dans un premier temps, j'aimerais rendre hommage à M. William Cusano, qui a été un député ici, à l'Assemblée nationale, et qui a été un porte-parole pour vraiment y aller avec un... l'adoption d'un projet de loi qui facilite toute la question des dons d'organes et de tissus. Alors, soyez salué, M. Cusano, pour les énergies et le temps que vous avez consacrés à ce dossier-là, à ce projet-là.

Évidemment, on sait qu'il y a des centaines de Québécois qui voient leur vie et leur qualité de vie améliorées de façon significative grâce à des transplantations d'organes et de tissus, et on a, au Québec, Québec-Transplant qui coordonne et qui assume cette responsabilité-là. Et, avant d'entrer dans le vif du sujet ou de poser des questions plus spécifiques sur des aspects de Transplant Québec, j'aimerais ça que M. Beaulieu puisse nous présenter l'organisme qu'est Transplant Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le ministre, on va faire appel à M. Beaulieu?

M. Bolduc: Oui. M. Beaulieu, c'est vraiment l'expert au Québec pour tout ce qui est transplantation d'organes.

Le Président (M. Sklavounos): Est-ce que j'ai le consentement de l'opposition officielle? Ça va. Les ministériels? Alors, M. Beaulieu, veuillez vous identifier ainsi que votre titre, s'il vous plaît, et, par la suite, vous aurez la parole.

M. Beaulieu (Louis): Merci, M. le Président. Alors, Louis Beaulieu. Je suis le directeur général de Transplant Québec. Vous êtes bien gentil, M. le ministre, mais je partage quand même l'expertise avec beaucoup d'autres personnes, dont d'éminents médecins du corps médical. Je ne suis pas, moi... je ne suis pas médecin moi-même, donc je partage tout ça avec eux.

Je vous remercie beaucoup de nous recevoir. Je salue le ministre, bien entendu, je salue Mme Maltais, je salue également les critiques en matière de santé et les députés qui sont ici présents. Merci aussi, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

Dans les faits, quand on parle de dons d'organes, actuellement il s'agit de plus de 1 250 personnes qui sont en attente d'une transplantation d'un cœur, d'un poumon ou d'un foie, pour qui la greffe devient une question de vie ou de mort. Pour 1 000 des 1 250 personnes, on parle plutôt d'une greffe de rein, qui peut faire toute la différence pour la santé et la qualité de vie retrouvée, pour une participation entière à la vie de la société, et ça leur permettra de quitter la dialyse. Pour ceux d'entre vous qui connaissez des personnes qui sont en dialyse, c'est loin d'être drôle d'être en dialyse, souvent plus de trois fois par semaine et d'y passer toute la journée.

Et, si vous me permettez, avant de... M. le Président, de répondre précisément à la question du député, j'aimerais peut-être rappeler un fait historique qui, je crois, est important pour l'Assemblée nationale et la commission ici. Le don d'organes et la transplantation existent depuis près de 55 ans au Québec. En effet, la première greffe de rein du Commonwealth a été réalisée à Montréal en 1958, à l'Hôpital Royal Victoria, par le Dr John Dosssetor, entre deux jumelles identiques. Nola Johnson a donné un rein à sa soeur Moira qui a vécu 29 ans de plus grâce à cet acte d'une très grande générosité. Il s'agissait du premier don entre vifs au Canada. Depuis ce temps, plusieurs milliers de personnes ont pu bénéficier d'une greffe grâce à la générosité de milliers de donneurs, surtout de donneurs décédés.

C'est une dizaine d'années plus tard que les premiers dons provenant de personnes décédées ont débuté. L'arrivée, au début des années quatre-vingt, de la cyclosporine, le premier médicament antirejet efficace, a permis un essor considérable de la transplantation en prévenant le rejet aigu des greffes. Depuis, les progrès de la médecine et une meilleure organisation dans le domaine du don ont permis de faire des progrès substantiels, notamment au plan de la durée de vie des patients transplantés. C'est donc dire que le don d'organes est certainement une réalité toute nouvelle dans l'histoire de la médecine, qui porte en son sein non seulement la possibilité de prolonger la vie de personnes de tout âge, y compris des tout petits, mais également de redonner une qualité de vie à des personnes qui en ont bien besoin.

Transplant Québec est le seul organisme au Québec à tenir la liste centralisée des patients en attente d'une transplantation d'organe. Le Québec est la seule province au Canada qui s'est dotée d'une liste unique centralisée, et ce, depuis un quart de siècle. L'organisme existe depuis plus de 40 ans, s'étant tout d'abord appelé Métro-transplantation.

Alors, avec pour finalité de sauver des vies ou d'améliorer l'état de santé des personnes qui ont besoin d'une transplantation, l'organisation, sur mandat du ministre de la Santé et des Services sociaux, coordonne le processus de don d'organes, assure l'équité d'attribution, soutient l'amélioration des pratiques cliniques par la concertation et la mobilisation des partenaires et fait la promotion du don d'organes dans la société. Ainsi, Transplant Québec contribue activement à ce que le plus grand nombre possible de Québécois et de Québécoises en attente d'un organe puissent bénéficier d'une transplantation. L'organisme compte sur un personnel dévoué, constitué de huit médecins, qui se partagent la garde 24 heures sur 7, et de 43 personnes, dont neuf sont basées à Québec et 34 à Montréal, dont quatre dans sept hôpitaux de la région métropolitaine.

Je tiens à rappeler que le don d'organes, c'est d'abord et avant tout un effort d'équipes, et je le note au pluriel, plusieurs équipes. Transplant Québec s'est doté récemment de la devise suivante: *Ensemble pour le don d'organes, pour la vie*. Ce n'est pas possible de faire... de réaliser le don d'organes sans un engagement plein et entier de chacun des établissements de santé au Québec. L'activité du don d'organes, elle se réalise à partir de l'identification et la référence du donneur potentiel d'organes à Transplant Québec, sur une période de 30 à 36 heures, et mobilise de 100 à 150 personnes afin de permettre la réalisation de la chaîne du don jusqu'à la transplantation.

Alors, c'est important de savoir que les équipes des hôpitaux, souvent plus d'un établissement de plus d'une région, doivent se mobiliser, de même que les équipes de transport terrestre et aérien. À chaque année, nous mobilisons... nous affrétons près de 80 avions pour faire le transport des équipes et des patients du point a au point b, et ça, souvent, à travers le Canada pour permettre la greffe d'organes. Et tout cela est coordonné par l'infirmier coordonnateur qu'ont ces cliniques de Transplant Québec. C'est important de savoir qu'il y a des personnes en attente dans toutes les régions du Québec. Alors, ça va de 10 à 420. Vous vous doutez bien que 420, c'est Montréal. Parmi elles, six à 349 attendent un rein.

Je tiens peut-être à rappeler qu'il y a quelque temps le CSSS de Matane, par un effort concerté, a permis l'identification d'un donneur au moment du décès, et cela a permis de sauver sept vies. Donc, ce n'est pas qu'une réalité de grand centre urbain, ça se passe sur tout le territoire, et de là un défi particulier que nous avons dans l'organisation.

● (20 h 10) ●

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

M. Chevarie: Oui. J'aimerais ça que vous puissiez nous présenter un peu le portrait global par rapport à l'ensemble des régions du Québec sur les dons d'organes et les tissus puis que vous puissiez nous identifier des particularités par rapport à certaines régions. Je pense aux régions éloignées, les régions à forte densité de population, par exemple. Quels sont les éléments saillants?

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

M. Beaulieu (Louis): Alors, M. le Président, avant de répondre directement à votre question, je vais contextualiser quelques éléments et je vais y venir rapidement.

C'est important de savoir qu'un seul donneur, à son décès, peut sauver jusqu'à huit personnes et en aider 15 autres par le don de tissus. Quand on parle de don de tissus, on pense à la cornée, on pense à des valves cardiaques, de la peau, des os. Il n'y a pas d'âge pour devenir donneur. Je vais peut-être surprendre des gens en disant que le plus jeune donneur avait deux jours, et, malheureusement, c'est terrible quand ça arrive, et, par contre, que le plus vieux donneur au Québec avait 88 ans. Il a donné son foie. Alors, beaucoup de gens pensent qu'à partir d'un certain âge, excusez l'expression, il n'y a plus de morceaux de bons. Ce n'est pas vrai. Un donneur de 76 ans a sauvé cinq vies il n'y a pas si longtemps.

À 45 ans... Ça, c'est une donnée qui m'a surpris beaucoup, elle est assez récente. C'est une étude qui a été faite au Canada. À 45 ans, un homme a sept fois plus de probabilités, et une femme quatre fois plus de probabilités, d'avoir besoin d'une transplantation au cours de sa vie que de devenir un donneur d'organes à son décès. 80 % des personnes greffées d'un rein vont conserver leur rein au moins cinq ans, et ce n'est pas rare de voir des gens qui vont conserver leur rein 15, 20, 25, même 30 ans. 80 % des patients qui ont une greffe de coeur, de foie ou de poumon vont vivre au moins cinq ans avec leur greffe. Donc, ça fonctionne, ça donne des résultats, ça change la vie des gens. Et une personne peut, de son vivant, donner un rein ou une partie de son foie. Et je pourrai, plus tard, parler d'éléments de rentabilité économique liés au don d'organes. Évidemment, on n'oublie jamais la rentabilité sociale.

Au 31 décembre 2011, il y avait 1 264 personnes en attente d'une transplantation, réparties dans toutes les régions. J'ai apporté, M. le Président, ici, une publication de Transplant Québec qui donne les données par région et toute une série d'informations. Alors, si vous le souhaitez, ça pourrait être distribué aux membres.

Le Président (M. Sklavounos): Si vous voulez le déposer, on pourrait le déposer immédiatement. Mme la page va venir le chercher.

M. Beaulieu (Louis): Voilà. Merci.

Document déposé

Le Président (M. Sklavounos): Voilà. Ces documents seront déposés. Vous pouvez continuer.

M. Beaulieu (Louis): Alors, 396 personnes ont été transplantées en 2011 grâce aux 137 donateurs d'organes décédés au Québec, soit 18 donateurs de plus qu'en 2010. 48 greffes ont été réalisées grâce à la générosité de 48 donateurs vivants. On doit déplorer que 59 personnes sont décédées, une augmentation de 13 par rapport à 2010. Les succès de la médecine

font en sorte que la transplantation est de plus en plus considérée comme un traitement, non seulement un traitement qui sauve des vies, mais un traitement qui peut améliorer la qualité de vie.

Je dois souligner que, malgré l'augmentation qu'on a vue entre 2010 et 2011, il y a une certaine stabilité dans les dons d'organes au Québec depuis au moins les cinq dernières années, et, malgré les efforts colossaux que nous déployons, nous avons de la difficulté à passer au-delà de ce cap de stabilité que nous rencontrons et pourtant nous devrions pouvoir y arriver. Je le disais tantôt, c'est 1 % des personnes qui décèdent à l'hôpital. Alors, si vous avez 100 décès dans un hôpital, bien, ça veut dire que, potentiellement, il y a un donneur dans cet hôpital-là. Donc, il ne faut pas le manquer, et c'est sûr que, dans une région où il y a moins de population, il y aura, par conséquent, moins de décès. Si on prend les 56 000, 55 000 décès annuels au Québec, on sait qu'à peu près la moitié de ces gens-là décèdent à l'hôpital. Donc, sur ce 25 000, 26 000 personnes, c'est 1 % de ces personnes, 1,5 %.

Le Collège des médecins fait des études rétrospectives pour nous dire le nombre de donneurs potentiels que nous aurions pu avoir au Québec, et il y a quand même une assez bonne distance entre ce que nous réussissons à faire et ce que le collège identifie. Et ce n'est pas parce que les gens n'y mettent pas du coeur et n'y croient pas. J'en parlerai tantôt, je crois qu'on a certains défis qu'on peut relever avec brio, et, M. le Président, c'est des sujets sur lesquels j'ai eu l'occasion d'échanger avec M. le ministre.

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

M. Chevarie: Oui. Vous dites qu'il y a 396 transplantations, 48 personnes qui ont été greffées, et que 1 % des décès dans les hôpitaux, c'est un donneur. Par rapport à ces chiffres-là, est-ce que ça se compare avec les statistiques des autres provinces canadiennes ou encore avec d'autres pays, par exemple? Est-ce qu'il y a des pays qui sont plus avancés, où il y a des performances plus élevées?

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

M. Beaulieu (Louis): Alors, M. le Président, au cours de la dernière décennie au moins, le Québec a été bon premier dans le nombre de donneurs par million d'habitants. C'est un chiffre que l'on utilise dans le domaine du don d'organes. Parce qu'on parle de très petits nombres, on va compter par million d'habitants. Alors, pour vous donner une image, en 2011, nous avons eu 17,2 donneurs par million d'habitants, alors qu'au Canada on a fait moins de 15. Et, à ma connaissance, on n'a jamais réussi, au Canada, à dépasser 15 donneurs par million.

La meilleure année que nous avons eue, en 2008, nous avons atteint 19,4 donneurs par million. Maintenant, dans le monde, il y a un champion, un pays champion, qui est l'Espagne, qui atteint 32 donneurs par million d'habitants, et c'est le seul pays dans cette catégorie des plus de 30, si je peux me permettre de dire ça comme ça. Par ailleurs, si on se compare aux États-Unis, c'était, en 2010, 25,5 donneurs par million et, en France, 23, ce qui, moi, me fait dire qu'on doit être... on devrait pouvoir, au Québec, atteindre au moins le 20 donneurs par million.

C'est sûr qu'on a eu des succès importants dans les campagnes de prévention routière, et ça s'est traduit par moins de décès. On a des équipes extraordinaires de traitement des accidents cérébrovasculaires qui est une des premières causes qui amène une personne à devenir un donneur d'organes. Alors, on traite mieux, on est plus efficaces que certains pays. Par ailleurs, ça ne peut pas en soi expliquer les résultats qu'on a, qui sont peut-être... qui ne sont pas à la hauteur de ce qu'on... je crois, qu'on pourrait faire au Québec. Je crois qu'on peut faire mieux et qu'on doit faire mieux.

Donc, dans ce sens-là, oui, en dons décédés, on a toujours fait mieux au Québec que dans le reste du Canada. Par ailleurs, en dons vivants, c'est un peu l'inverse, mais, en général, quand un pays est meilleur en dons décédés, il est moins bon en dons vivants, et on a... Si on se compare, disons, à l'Espagne et à la France, nos taux de donneurs vivants sont à peu près comparables entre ceux de l'Espagne et de la France, alors qu'en dons décédés, comme je le disais tantôt, on fait mieux que le reste du Canada, qui, lui, fait mieux que nous en dons vivants.

Il faut comprendre que, quand on a un donneur décédé, puis je ne veux pas... évidemment, loin de moi l'idée de traiter la personne qui vient de décéder comme un objet, là, c'est... il faut vraiment faire attention à ça, mais, potentiellement, un donneur décédé peut sauver jusqu'à huit vies. Un donneur vivant va donner son rein ou éventuellement une partie de son foie parce que c'est un organe qui se régénère. Alors, ça n'a pas le même impact, puis aussi il y a toujours un risque un peu plus élevé pour le donneur vivant.

Bien qu'on critique souvent nos systèmes de santé au Canada, ils ne sont pas parfaits, mais ils sont bien meilleurs que ce qu'on peut voir aux États-Unis. Aux États-Unis, si vous êtes riche, aucun problème, vous allez avoir un excellent suivi. Mais, quand on regarde les donneurs vivants, leur état de santé, sur une période de 15 à 20 ans, est nettement meilleur que ce qu'on va retrouver aux États-Unis, des gens qui sont sur le régime public. Pourquoi? Parce qu'on les suit beaucoup plus étroitement et on s'assure qu'il n'y aura pas d'inconvénient pour ces personnes-là. Mais toute opération amène en soi un risque.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Beaulieu. 2 min 30 s, M. le député des Îles.

M. Chevarie: Oui, rapidement. Vous dites que c'est l'Espagne qui est le pays champion. Qu'est-ce qu'ils font de particulier pour susciter le don d'organes à un niveau qui est le double du Canada, par exemple?

Le Président (M. Sklavounos): En deux minutes, M. Beaulieu. Allez-y.

● (20 h 20) ●

M. Beaulieu (Louis): Oui. Alors, en Espagne, ils ont structuré leur système largement. On a, ici, fait beaucoup de choses, on a avancé dans plusieurs domaines, et, par rapport à cela, en Espagne, ils ont investi dans chacun des hôpitaux, notamment en créant ce qu'on appelle le médecin coordonnateur en dons d'organes, qui est un médecin qui a un rôle spécifique avec les infirmières sur place pour aider à l'identification et à la référence du donneur vers l'organisation, en Espagne, qui s'occupe des donneurs. Ils ont aussi beaucoup investi de sous et ils ont décidé, si je peux me permettre de dire ça, d'en faire un fleuron national. C'est devenu un peu, à force de le faire... leur succès les a amenés vers cette... vers ce développement d'un fleuron, et ça a permis, bien sûr, de greffer beaucoup plus de personnes en Espagne.

Ils ont aussi adopté une loi de consentement présumé. Ici, nous avons pris un chemin différent. Et ils vont nous dire que la loi de consentement présumé... c'est-à-dire que toute personne est présumée être un donneur d'organes à moins de dire le contraire. Les Espagnols nous disent que ce n'est pas ça, la clé du succès. C'est vraiment l'investissement dans chacun des hôpitaux, c'est vraiment des investissements majeurs au plan financier pour soutenir le don d'organes. C'est de la formation qui est donnée précisément à chacun des gens du personnel, et, par cela, ils ont réussi à aller chercher des taux beaucoup plus élevés. Je pense que — et on en a discuté avec le ministre — c'est des choses qu'on peut... On peut se diriger vers des chiffres meilleurs au Québec avec des investissements qui ne sont pas colossaux et qui peuvent faire toute une différence.

Peut-être pour imager, les coûts de la dialyse au Québec, c'est 160 millions de dollars, donc c'est 0,5 % de l'ensemble du budget de la santé, plus ou moins. Pour faire une image, aux États-Unis, c'est 32 milliards, donc tout le budget des soins de santé et de services sociaux au Québec passe en dialyse. Alors, ça nous interpelle dans des mesures correctes de prévention aussi pour éviter l'apparition du diabète et de l'insuffisance rénale.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Beaulieu. Alors, ça met fin au bloc des ministériels, et je vais maintenant céder la parole immédiatement et j'accueille M. le député de Shefford, qui est avec nous, qui aura la parole pour une vingtaine de minutes, questions et réponses incluses. M. le député de Shefford, la parole est à vous.

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Alors, rapidement, salutations à tous les collègues, M. le ministre, tous les gens qui vous accompagnent ce soir. Bien le bonsoir.

Ma collègue de Taschereau m'a bien fait rigoler tantôt quand elle mentionnait comment, avec toute son expérience, elle en a vu, des annonces ministérielles de la part du Parti libéral depuis 2003 et combien, combien, combien de fois ces annonces... malgré ces annonces, on peut calculer en termes d'années, sinon une décennie, avant de voir la livraison d'un dossier ou d'un projet. Et, ma foi, je ne peux passer à côté, M. le ministre, et vous savez très bien où je m'en vais rapidement, sur un dossier qui nous interpelle précisément dans ma circonscription.

Pour les gens ou les milliers de personnes qui nous écoutent ce soir, pour qu'ils comprennent bien, novembre 2007, le ministre de la Justice d'aujourd'hui, qui était ministre de l'Éducation, qui nous a livré l'îlot Voyageur et qui est devenu le squelette de la ville de Montréal, était le ministre responsable de la Montérégie. Novembre 2007, donc, je suis nouvellement élu, je le vois arriver chez nous pour annoncer un 66 lits en PPP à Granby. Quel bonheur! Quel bonheur parce qu'en 2006 on avait 306 places de longue durée pour le CSSS de La Haute-Yamaska et, cinq ans plus tard, encore 306 places, donc pas une de moins, pas une de plus, on est encore égal.

Et, lors de l'annonce, donc, de ce 66 lits en PPP en 2007... quel bonheur, 24 mois plus tard... Le ministre nous avait dit: Vous allez recevoir vos premiers patients, donc, pour Noël 2009. Noël 2009 a passé, Noël 2010 a passé, Noël 2011 a passé, et, quatre ans et presque et demi plus tard... Combien de fois, M. le ministre, je vous ai questionné, essayé de rassurer la population de Granby et de la région, une MRC qui a à peu près 100 000 personnes? Et, encore une fois aujourd'hui, M. le ministre, presque quatre ans et demi plus tard, la population n'est pas rassurée.

Les besoins sont immenses. Vous le savez autant que moi, combien de places on a de besoin en Montérégie. En attente de places pour les CHSLD au Québec, c'est 4 326. Seulement pour la Montérégie, c'est 610 places qu'on a de besoin, et, de 2006-2007 à 2010-2011, on a perdu 73 places en Montérégie au complet. Là, je défends la région au complet, mais rapidement, M. le ministre, expliquez encore une fois aux Québécois, expliquez aux gens de Granby, expliquez aux gens de notre région de la Haute-Yamaska pourquoi votre gouvernement n'a toujours pas été capable de faire une première pelletée de terre de ce projet que vous connaissez très bien.

Vous le savez, que le premier soumissionnaire n'a pas passé le test, le test avec l'agence de la santé et votre ministère, pour ce qui est de la rentabilité ou la fonctionnalité de son projet. Et aujourd'hui, quatre ans et demi plus tard, autant pour Granby que pour Saint-Jean, que pour Laval, que pour Châteauguay, les quatre PPP qui avaient été annoncés en même temps, bien, nous sommes toujours en attente, et les besoins sont immenses pour chez nous.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Shefford. Vous êtes un parlementaire doué et d'expérience, vous savez qu'il faut diriger les questions vers la présidence. C'est toujours mieux de cette façon-là. Je vous fais un petit rappel. M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, dans un premier temps, en tout cas, le député de Shefford peut reconnaître qu'il y a eu une belle urgence qui a été construite à l'hôpital de Granby, un projet, d'ailleurs, que je suis allé inaugurer et que, je pense, la population a de quoi être très fière.

Pour ce qui s'agit du projet de 66 lits en PPP dans son secteur, le premier, comme de fait, celui qui avait remporté le premier concours, n'a pas réussi à livrer la marchandise. On est en train de regarder pour le deuxième et, habituellement, si tout va bien, on devrait procéder assez rapidement. Puis je reconnais qu'il y a eu des délais, mais, le plus important, c'est que ça va se faire. On n'a pas... On ne passe pas à côté et on va vous construire le 66 places de CHSLD en PPP dans le secteur de Granby.

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

M. Bonnardel: M. le Président, M. le ministre, on est passés de l'Agence des PPP à Infrastructure Québec aujourd'hui. Vous avez ouvert un premier PPP à Saint-Lambert avec le Groupe Savoie. Ma foi, je suis un fervent du PPP, j'ai toujours dit dans la région que, peu importe aujourd'hui où on en est, que ce soit un PPP ou public, je pense que les gens de chez nous ont besoin rapidement de ce 66 lits.

Et est-ce que vous pouvez nous dire, M. le ministre, que, malgré peut-être la poursuite-bâillon que le Groupe Savoie a faite, malgré le fait qu'on a entendu ou lu les difficultés que le Groupe Savoie a eues pour ouvrir ce PPP, vous n'en êtes pas à vous questionner, à revoir ce mode de construction, ou est-ce qu'on s'attend à ce que, dans les deux, trois prochains mois... Parce que, M. le ministre, je vous ai posé la question en privé assez souvent. Vous m'avez dit: François, ne t'inquiète pas, ne t'inquiète pas, ne t'inquiète pas, ça s'en vient, ça s'en vient. Mais «ça s'en vient»... On est un peu rendus comme au jeu de Monopoly, là. Il faut-u passer go quelques fois, puis, woups, ça va arriver sur Granby dans quatre ans, cinq ans, six ans, sept ans? Ça commence à être très inquiétant, la situation, puis, encore une fois, on se demande si vous n'allez pas entrer en élection, encore une fois, sans être capable de livrer... d'avoir livré ce projet que la population souhaite pour... autant la région que pour la Haute-Yamaska, là.

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

M. Bolduc: Bien, comme le député de Shefford a dit, on a réalisé quand même un PPP avec le Groupe Savoie à Saint-Lambert. C'est un 200 places qui, actuellement, va bien, là. Les évaluations, en tout cas, nous démontrent, au niveau de la qualité... Moi, j'ai même demandé à quelqu'un d'externe d'évaluer, puis, grande satisfaction. On a des articles dans les médias également pour dire que les gens qui demeuraient là étaient satisfaits.

Pour ce qui s'agit du processus de retourner en traditionnel, là, on se retarderait encore d'un huit à 12 mois, tandis que, si on va en PPP, il s'agit de choisir maintenant le prochain soumissionnaire. Dès qu'il est choisi, il va pouvoir procéder à la construction, donc, c'est une question de semaines. Et puis on suit le processus de façon rigoureuse, puis je pense qu'on ne peut pas nous reprocher de suivre le processus de façon rigoureuse. Et, comme de fait, que ce soit en PPP ou dans un autre mode, on choisit toujours le meilleur mode qui convient. Dans ce cas-là, de changer de mode nous ramènerait encore avec un délai d'au moins une année. Donc, on va continuer avec le mode PPP, et je pense que, d'ici peu de temps, vous allez avoir des bonnes nouvelles de ce côté-là.

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

M. Bonnardel: M. le Président, merci. M. le ministre, est-ce que vous me confirmez que le premier soumissionnaire est encore en état d'évaluation ou on va ouvrir la deuxième enveloppe?

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

M. Bolduc: On est en évaluation du deuxième soumissionnaire.

M. Bonnardel: Donc, le premier a été..

M. Bolduc: Écarté.

M. Bonnardel: Écarté complètement?

M. Bolduc: Oui.

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

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Deuxième question assez rapide aussi, peut-être. M. le ministre, Villa Bonheur, le CHSLD de notre région...

Une voix: ...

M. Bonnardel: Bon, ma foi, vous savez encore une fois qu'il y a des millions de dollars qui sont supposés être dans le coffre-fort de l'agence pour rénover ce CHSLD. Bon, autant la direction régionale que le CSSS, que tous, tous, tous les bénévoles de notre région attendent ces sous pour être capables de donner des soins, des soins adéquats et de qualité à nos aînés dans la région.

Est-ce que vous pouvez confirmer aux gens du CSSS et de ma région que les sous vont être mis à leur disposition pour être capable d'entreprendre la rénovation le plus rapidement possible?

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

M. Bolduc: Les sous sont réservés. J'ai pris une attention très particulière. C'est le premier projet que j'ai priorisé dans l'enveloppe que j'appellerais l'enveloppe de projets provinciaux. Et puis je suis content que ce soit enregistré, parce que, d'ici quelques semaines, nous devrions être ensemble pour faire une belle annonce.

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

M. Bonnardel: Merci, M. le Président.

M. Bolduc: Je crois que le... M. le Président, je vois que le député de Shefford a l'air content, là.

● (20 h 30) ●

M. Bonnardel: Ah! Bien, écoutez, si on peut livrer la marchandise, M. le ministre, ça prend toute la population, et surtout celle de chez nous, qui sera très, très heureuse.

M. le ministre, j'ai une question. Lors du budget matraque de 2010, où on a... vous avez imposé une taxe santé pour financer notre système de système de santé... Dans le budget de 2010, on prévoyait, donc, des prévisions pour le 25 \$ que vous êtes allés chercher dans les poches des contribuables, donc, un montant annuel de 180 millions de dollars, et, pour la deuxième année, le 100 \$, vous aviez évalué dans le budget 545 millions de dollars.

Surprise! Pour la première année, ce 25 \$, au lieu de 180, vous êtes allés chercher 252 millions de dollars et, pour le 100 \$ par année, donc, vous êtes allés chercher 615 millions de dollars. C'est près de 150 millions de dollars additionnels que vous êtes allés chercher, encore une fois, donc, à la classe moyenne, les familles, parce qu'on sait que les plus démunis n'auront pas à déboursier ce montant.

Pouvez-vous nous dire comment vous avez pu sous-évaluer de façon aussi importante cette taxe santé dans le budget de 2010-2011 et en arriver aujourd'hui à avoir, donc, des surplus?

Le Président (M. Sklavounos): Même rappel concernant la direction des questions, M. le député de Shefford.

M. Bonnardel: Merci, monsieur... Désolé.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, c'est au niveau du ministère des Finances que l'évaluation a été faite. Mais on avait fait quand même une évaluation assez conservatrice. Et puis c'est une bonne nouvelle, je pense, que, pour le même montant, on réussit à avoir plus d'argent. Chaque contribuable ne paie pas plus, sauf que ça a été une bonne année et puis ça a donné plus d'argent.

Je pense qu'on nous reproche assez souvent des fois de ne pas avoir assez d'argent. J'espère que je vais avoir des félicitations parce qu'on a réussi à ramasser plus d'argent. Et, en passant, ça ne coûte pas plus cher par personne, c'est juste qu'on a été capables d'aller chercher plus d'argent, qui est une bonne nouvelle.

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

M. Bonnardel: Oui. M. le Président, excusez-moi, je rigole un peu parce que le ministre me fait rire quand il dit que c'est une bonne année. Alors, merci à tous les contribuables québécois d'avoir déboursé autant de sous.

Mais, au-delà de ça, M. le ministre, êtes-vous capables de nous dire, avec l'argent que vous êtes allés chercher, combien de milliers de gens ont payé cette taxe santé et... combien de Québécois? Vous êtes sûrement capable de nous dire, en milliers de personnes ou en millions de personnes, combien de Québécois ont pu déboursier cette taxe santé?

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

M. Bolduc: Bien, M. le Président, je n'ai pas... habituellement, c'est les Finances qui font les calculs, mais, si le député de Shefford veut, on pourra lui faire parvenir l'information. Ça doit être disponible au niveau des Finances. Mais je ne suis pas capable de dire le montant comme ça, là.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le ministre, vous vous engagez à envoyer ces renseignements au secrétariat de la commission au bénéfice de tous les membres?

M. Bolduc: Oui. Si le député de Shefford veut les avoir, on va les lui procurer.

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

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Oui, j'aimerais ça savoir, en millions de personnes, combien de Québécois ont déboursé, donc, cette taxe pour les deux premières années, celles de 2010-2011 et 2011-2012.

M. le Président, dans le dernier rapport du Vérificateur général, le Vérificateur mentionnait, donc, que le ministère de la Santé n'avait pas produit ni déposé, donc, les états financiers du FINESSS pour l'exercice qui s'était terminé le 31 mars 2011. Est-ce que le ministre peut nous confirmer, donc, que les états ont été déposés ou vont être déposés? Parce qu'on est quand même, ma foi, quelque peu en retard, là.

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

M. Bolduc: Oui. Ils ont été déposés en retard, mais ils sont déposés actuellement, puis on pourra vous les faire parvenir avec plaisir. Mais ça a été déposé. On les a déposés en retard; on les a déposés au mois de septembre.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, c'est un autre engagement, si vous voulez, de déposer ces documents avec la commission, de les faire parvenir à la commission, au secrétariat, malgré le fait qu'ils sont déposés?

M. Bolduc: Oui, bien, ce que l'on s'entend par rapport à l'utilisation du FINESSS, là, c'est... L'équivalent, c'est les comptes santé, là.

M. Bonnardel: Non, non.

M. Bolduc: Mais, à l'intérieur des comptes santé, il y a l'attribution du FINESSS.

M. Bonnardel: Oui, mais...

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Shefford, allez-y.

M. Bonnardel: Oui. Merci, M. le Président. Dans les comptes santé, oui, j'ai les chiffres du FINESSS, M. le ministre, mais les états financiers du fonds pour l'exercice, ma foi... à moins que je me trompe, là, les états financiers n'ont pas été déposés, selon ce que le Vérificateur général mentionnait.

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

M. Bolduc: Oui, ça a été déposé dans les comptes publics à la fin de septembre.

M. Bonnardel: Fin septembre?

M. Bolduc: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): ...

M. Bonnardel: Merci, M. le Président. Est-ce que le ministre peut nous informer aussi... Dans le rapport du Vérificateur général, on mentionnait: «[Selon] l'article 11.5 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux stipule que les sommes prises sur le fonds sont versées aux établissements.» Le ministre se souvient que, lors de la création de ce FINESSS, on prenait l'argent, donc, en partie, pour aider les établissements de santé qui en ont de besoin... ou ceux qui sont performants. «À ce titre, une somme de 77 millions de dollars a été allouée à des bénéficiaires non conformes à ceux mentionnés [par] la loi.»

Est-ce que le ministre peut nous informer, avec la batterie de gens qui sont avec lui? À qui ont été versés ce 77 millions de dollars qui était... qui a été, donc, donné sur le fonds... sur le FINESSS mais qui n'était pas légalement attribué, donc, à ces gens selon la loi?

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

M. Bolduc: ...M. le Président. Juste un instant, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Oui, on peut couper les micros pour faire une courte vérification.

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Lorsque vous serez prêt.

M. Bolduc: ...Président, ça avait été posé comme demande cet après-midi, puis on va déposer le détail du 77 millions, comme ça a été demandé aujourd'hui, avec plaisir.

Le Président (M. Sklavounos): ...M. le député de Shefford, il y a une même demande de la part de Mme la députée de Taschereau.

M. Bonnardel: Oui, parfait. Tant mieux.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, ces documents seront acheminés au secrétariat de la commission. Vous pouvez poursuivre.

M. Bonnardel: Deux fois valent mieux qu'une. Merci, M. le Président. Bravo, Mme la députée de Taschereau! M. le ministre, pour ce qui est de l'entente qui a été faite par votre gouvernement pour l'harmonisation de la TPS-TVQ, vous le savez, qu'il y a un montant de 430 millions de dollars qui va être déboursé... ou pris dans cette entente de 2,4 milliards pour subvenir, encore une fois, donc, au système de santé. Ce montant-là ne sera pas récurrent, c'est établi pour une année.

On vous a souvent questionné sur le fait que peut-être il y aurait un ticket modérateur dans les prochaines années. Il reste quand même que, selon le budget de 2010 ou ceux d'aujourd'hui, il reste un manque à gagner de 500 millions de dollars pour être capable d'équilibrer, donc, le budget et d'arriver à une croissance des dépenses, comme vous le souhaitez, à 5,1 %, 5,2 %... ou jusqu'à 5,6 %.

Comment vous évaluez le fait qu'avec ce montant d'argent que vous allez être capables de recevoir par le fédéral... qu'à long terme vous allez être capables d'aller chercher de l'argent additionnel? Alors, comment vous allez faire pour, donc, équilibrer ce budget avec ce manque à gagner de 500 millions? Et qu'est-ce que vous souhaitez revoir pour être capables soit de rationaliser encore plus vos dépenses en santé ou aller chercher encore plus d'argent dans les poches des contribuables?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, d'abord, il faut féliciter notre ministre des Finances, qui est allé chercher le 2,1 milliards, hein? C'est une entente historique. Et, l'année dernière, on ne le savait pas. On l'a eu cette année, ça nous a permis de passer à travers l'année.

Et puis, pour ce qu'il s'agit... pour le montant, par la suite, qui va devenir récurrent, en temps et lieu on va trouver l'argent nécessaire. Mais on n'a pas à se prononcer aujourd'hui parce que, si on avait fait le même raisonnement... L'année passée, on s'était fait plein de scénarios. Cette année, on a eu une bonne nouvelle. L'année prochaine, on verra, là, comment on va travailler ça.

Pour ce qu'il s'agit de l'allusion à la... au genre de ticket modérateur, ça, ça a été retiré, et puis je ne pense pas qu'il est question qu'on le ramène.

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

M. Bonnardel: Oui, M. le Président, le ministre dit: On ne va pas se prononcer aujourd'hui. Il a sûrement en tête que son gouvernement va aller en élection dans les prochains mois. Mais il reste quand même que, dans le budget, il y a un manque à gagner. Et, selon les chiffres que j'ai, la taxe santé... Bon, bien, tant mieux s'il y a encore des bonnes années. Les Québécois donnent de plus en plus de sous, sauf qu'au bout de la ligne les services ne suivent nécessairement pas.

Alors, je pourrais vous questionner pendant une demi-heure sur le fait qu'il y a 2 millions de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille, sur les délais d'attente qui sont encore aussi longs aujourd'hui. Ma question reste: Est-ce que demain matin vous allez, donc, avec le fait que la taxe santé va être... va toucher presque 1 milliard, là... Selon les chiffres que j'ai là, c'est certain qu'avec le 200 \$, l'an prochain, là, c'est au-dessus de 1 milliard d'argent additionnel que vous allez aller chercher dans les poches des contribuables, toujours dans le fait où Mme Tremblay, qui a payé son 200 \$, là, bien, elle n'a pas de médecin de famille qui est apparu sur le parvis de la porte ou que les délais d'attente dans les urgences au Québec n'ont surtout pas baissé suite à la durée de votre gouvernement.

Même votre ex-collègue, M. Couillard, a dit qu'il avait échoué dans son mandat de... ne pas avoir été capable de réduire les délais d'attente dans les urgences puis de trouver un médecin de famille à tous les Québécois.

Alors, ma foi, quand vous dites: On n'a pas à se pencher là-dessus aujourd'hui, je ne peux pas croire qu'il n'y a pas personne qui s'est dit aujourd'hui: Bien, on fait quoi, là? Si la taxe santé profite encore plus pour financer le fonds, on arrête où? Est-ce que vous prévoyez aller chercher un 225 \$, un 25 \$ de plus, additionnel aux 200 \$, dans les prochaines années? C'est impossible que votre gouvernement n'y ait pas pensé. Alors, j'aimerais ça que vous soyez un petit plus précis sur cette question, là.

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

M. Bolduc: On peut peut-être faire un peu de pédagogie, M. le Président. Dans un premier temps, la taxe santé nous permet d'avoir une croissance des coûts de santé de 15 %... de 5 % par année. Donc, avec le 5 %, on est capables de constituer au moins les mêmes services et de faire du développement.

Pour ce qu'il s'agit d'avoir un médecin de famille, je rappellerai: on a été longtemps en pénurie parce qu'il y a eu des coupures dans les années 95, 96. D'autres cohortes de médecins, actuellement, sont en train de monter.

D'ailleurs, il faudrait vous déposer l'article qui disait cette semaine, par le Dr Charles Dussault, qu'on aurait trop de médecins au Québec. C'est parce qu'on en a formé plus. En spécialité... Tous reconnaissent qu'on est en train d'atteindre le point d'équilibre en spécialité, mais on devrait atteindre le point d'équilibre en médecine de famille également dans trois, quatre ans, pas parce qu'on n'a pas été bons, parce que ça prend 10 ans, former un médecin, puis ça prend huit ans, former un médecin de famille. Et on va réussir à ce moment-là.

L'autre élément, on a signé une nouvelle entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Et, bonne nouvelle, depuis qu'on a signé la nouvelle entente, les médecins ont commencé à reprendre beaucoup plus de patients à leur charge et à les suivre sur une base régulière. Donc, ça, c'est toutes des bonnes nouvelles que notre gouvernement a faites et qu'on a pris les bonnes décisions.

Pour ce qu'il s'agit du montant, on est chanceux, on a réussi à avoir l'harmonisation de la taxe. Ça a donné un montant. Comme vous l'aviez dit tantôt, on a eu un montant supplémentaire qui est rentré avec la contribution santé. Donc, l'année prochaine, quand on va faire le budget, on va s'organiser pour que, dans la croissance des coûts de santé, qu'on ait le montant de 5 %, parce qu'avec un montant de 5 % supplémentaire on est capables d'avoir une pérennité du système, de continuer les services et de les améliorer. Donc, ce n'est pas une question d'où ça vient, c'est une question que le gouvernement s'est engagé à avoir une croissance de 5 % en moyenne au niveau du budget de la santé.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste du temps pour une question brève, une réponse brève: deux minutes.

● (20 h 40) ●

M. Bonnardel: Oui, M. le Président. M. le ministre, vous reconnaissez... Malgré le fait, là, que vous êtes allés chercher énormément — puis, je le répète souvent, c'est 45 % du budget du Québec, une taxe santé additionnelle — 2 millions de Québécois n'ont pas de médecin de famille. Vous êtes capables de dire aujourd'hui au Québécois que, malgré le fait qu'on aille en chercher de plus en plus dans leurs poches année après année, vous avez échoué, là. Vous avez échoué. Il y a 2 millions de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille aujourd'hui, et les délais d'attente dans les urgences n'ont pas baissé.

Est-ce que c'est normal que, dans une société moderne comme la nôtre, on attende encore 12, 14, 15 et 16 heures dans une urgence d'hôpital? Bien, ma foi, je pense que, quand vous regardez le contexte aujourd'hui avec une population vieillissante, de moins en moins d'enfants au Québec et un taux de décrochage... M. le ministre, votre gouvernement a échoué à offrir un service de santé adéquat à tous les Québécois.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le ministre, il reste une minute. Allez-y pour la réponse.

M. Bolduc: Rapidement, M. le premier ministre. Un, quand il parle d'attente, 12 ou 14 heures, on parle des patients sur civière. Il est normal d'attendre 8, 10 et 12 heures parce que ce sont des patients qui sont très malades, qui ont besoin d'être soignés. Si le patient retournait à la maison après deux heures, ça voudrait dire qu'on le retournerait très malade. Donc, il faudrait qu'il connaisse un peu plus ça.

Deuxième chose, au niveau des indicateurs de santé, dans les cinq dernières années, ici, au Québec, on a augmenté l'espérance de vie de une année. Lors des derniers résultats de l'ICIS — le député de Shefford devrait aller voir — le Québec est le meilleur au Canada. Ça fait que, s'il pense qu'on n'est pas bons au Québec, il faudrait qu'il aille voir ailleurs. Et ce n'est certainement pas son gouvernement, avec ce qu'il propose... son parti, avec ce qu'il propose, qui va réussir à améliorer les soins de santé au Québec. Ce qu'il pense, c'est: les soins sont en fonction de la capacité de payer. Plus tu as d'argent, plus tu vas recevoir des soins puis, si tu n'en as pas, bien tu vas t'en passer, comme aux États-Unis. C'est ça, la philosophie des caquistes.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Là-dessus, ça met fin à ce bloc. Je remercie M. le député de Shefford pour ses questions.

Et je vais passer du côté ministériel. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Oui. Merci, M. le Président. Je vais poursuivre sur les dons d'organes et j'apprécierais que M. Beaulieu revienne pour quelques questions, s'il vous plaît.

Le Président (M. Sklavounos): ...en train de prendre place, M. le député des Îles. Allez-y.

M. Chevarie: Merci. Vous évoquiez, dans une des premières questions, le fait que Transplant Québec avait nolisé des avions pour aller chercher les dons d'organes. Vous parliez, je pense, de 80 vols nolisés qui ont été affrétés pour ce service-là. C'est à l'intérieur du Québec et tout le Canada, je pense, que vous avez mentionné. Évidemment, j'imagine que vos équipes qui sont affectées à ce genre de mission là, elles se déplacent également sur terre avec les moyens que vous allez nous dire. Mais est-ce que vous avez des ententes, par exemple, dans d'autres pays, avec les États-Unis ou quelque chose comme ça?

Le Président (M. Sklavounos): ... à moins que vous me dites le contraire, on est sur le même consentement pour M. Beaulieu. M. Beaulieu, allez-y.

M. Beaulieu (Louis): Alors, M. le Président, effectivement, la grande majorité des transports des équipes de dons d'organes se fait à l'intérieur du Québec. Il y a à peu près 25 % qui se font dans des échanges à travers le Canada, et c'est surtout et principalement pour les patients qu'on dit être en statut urgent.

Vous avez peut-être entendu parler récemment de l'histoire du jeune Vincent Lambert, qui est un jeune patient qui attend pour une greffe de coeur. Alors, ça fait 200 jours qu'il attend. J'ai rencontré son père cet après-midi, et il est fort probable que ça soit par une collaboration avec d'autres organismes en dons d'organes au Canada que la greffe puisse arriver pour cet adolescent.

Par ailleurs, exceptionnellement, il y aura des échanges avec les États-Unis. Quand je dis «échanges», c'est en fonction de la priorité. La priorité est toujours donnée d'abord à un patient en attente au Québec, à moins qu'il n'y ait une urgence au Canada. Et, si, par exemple, nous avons un donneur de groupe sanguin AB et que nous n'avons pas de receveur AB au Québec, alors nous allons l'offrir ailleurs au Canada et, exceptionnellement, aux États-Unis.

Et il y a, bien sûr, une question de distance qui va jouer parce que, pour un coeur, on ne peut pas avoir plus de quatre à cinq heures, puis cinq heures, c'est un maximum qu'on tolère rarement, de ce qu'on appelle l'ischémie, c'est-à-dire d'arrêt de circulation sanguine à l'intérieur de l'organe, sinon l'organe ne pourra pas être transplanté.

Je veux le souligner, on bénéficie d'une collaboration extraordinaire des corps policiers au Québec, qui, par du bénévolat, vont accepter de transporter les organes du point a au point b à l'intérieur de véhicules spéciaux sous l'égide de l'Association canadienne du don d'organes. Et ça, c'est un bénéfice extraordinaire pour la société québécoise.

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

M. Chevarie: Oui. Avec Transplant Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, Héma-Québec également, vous avez souligné, en février dernier — d'ailleurs, on a le communiqué ici — le premier anniversaire du Registre des consentements au don d'organes et de tissus.

Par ailleurs, vous avez parlé, au tout début de votre présentation, que vous avez également une liste centralisée, une liste unique centralisée. Est-ce que c'est... Il y a une complémentarité entre les deux, j'imagine. Et pouvez-vous nous dire quelles sont les différentes mesures que vous avez mises en place pour vraiment favoriser le don d'organes à partir de ce registre-là?

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

M. Beaulieu (Louis): Merci, M. le Président. Je veux souligner l'adoption du projet de loi n° 125, la Loi facilitant les dons d'organes et de tissus, par l'Assemblée nationale, il y a... en 2010, en décembre 2010. Ce projet, qui a été préparé par le ministre et, je dirais, bonifié par les travaux de l'Assemblée, a permis la création du registre. Le registre, c'est quelque chose d'extrêmement important qui s'ajoute à deux mesures qui existent déjà, c'est-à-dire la possibilité de signer à l'endos de la carte d'assurance maladie et également, je tiens à le souligner, le Registre des consentements, tenu par la Chambre des notaires.

Depuis l'institution du registre, le 28 février 2011, et je tiens à le souligner, nous avons eu à travailler avec la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ils ont travaillé avec énormément de cœur et d'efficacité dans l'application de ce nouveau registre là. Ils avaient des délais très serrés et ils nous ont donné un très, très bon service aussi à chaque fois qu'on a dû aller consulter le registre.

À ma connaissance, il y a un peu plus de 400 000 Québécois qui se sont inscrits dans la première année. Je crois que c'est au-delà des objectifs que la régie s'était donnés. Il faut comprendre que c'est au moment du renouvellement de la carte d'assurance maladie que chaque citoyen est invité à s'inscrire dans le registre. Par ailleurs, toute personne peut téléphoner à la régie et demander d'être inscrite dans le registre.

Alors, pour nous, lorsqu'il y a un don d'organes qui se produit, de pouvoir savoir, connaître précisément la volonté de la personne, son consentement... Parce qu'en fait il s'agit d'un formulaire très simple, et ça, je pense qu'on pourrait s'en inspirer parce qu'on a réussi à faire quelque chose de simple et de convivial à maints égards. Alors, elle signe simplement qu'elle accepte le prélèvement, et, quand le décès arrive dans, souvent, des circonstances tragiques, nous pouvons — c'est-à-dire les personnes dûment autorisées pour ce faire — aller consulter directement en ligne si la personne est inscrite ou non et, au besoin, aider la famille dans la décision en lui disant: Voici, nous avons le... parce qu'on peut imprimer une copie du formulaire et le montrer à la famille, dire: Voici la volonté. Parce que ce qu'on sait, c'est que, lorsqu'un Québécois ou une Québécoise fait connaître sa volonté et qu'il en parle à sa famille, il est excessivement rare que la famille va s'opposer au don d'organes. En général, les gens veulent permettre la réalisation de la volonté des personnes. Alors, ce registre est quelque chose d'important qui a été mis en place.

Du côté des dons vivants, il y a eu... le ministre avait annoncé le programme des remboursements des dépenses aux donneurs vivants. Ça, ça vise, lorsqu'un donneur vivant doit se déplacer à l'hôpital, doit aller loger à l'hôtel pour passer des tests parce qu'il vient de 500 kilomètres de distance et qu'il ne peut pas faire ça dans la même journée, de rembourser ces dépenses-là. Hein, on n'achète pas l'organe, mais on compense certaines dépenses parce qu'on se dit: La personne va faire un don, il ne faudrait pas en plus qu'elle ait besoin d'aller prendre dans sa poche. Alors, on sait qu'il y a plus de 50 personnes qui s'en sont prévalués. Et ce programme-là est en accélération, et je crois que c'est une excellente chose.

Je voudrais aussi souligner que nous avons fait... Et ça, je suis très content de ça, et c'est toute l'essence du travail qu'on doit faire en don d'organes: travailler en partenariat. Avec l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec de même qu'Héma-Québec, Transplant Québec, on a, pour aider à donner vie à la loi n° 125, créé une procédure type pour le don d'organes, et ça a été distribué dans tous les hôpitaux pour aider à augmenter l'identification du nombre de donneurs. Alors, c'est ce document-là qui a été produit et expédié récemment. Alors, ça, c'est quelque chose d'important qui va aider dans les hôpitaux.

Et également le Québec participe maintenant à un programme des donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires qui permet, dans le don vivant, d'augmenter certains... la possibilité de faire des dons. Par exemple, si vous... si M. le Président voulait faire un don d'organe, un don de rein à... par exemple, à sa fille ou son fils, mais qu'il n'y a pas de compatibilité, on peut croiser des gens qui ont des... un autre couple, si vous voulez, donneur-receveur. Et on peut les croiser et, en augmentant les probabilités, permettre la réalisation du don d'organe. Alors, ça, c'est un autre bel exemple de collaborations qui ont été permises, là, dans les dernières années.

● (20 h 50) ●

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

M. Chevarie: Oui. Ce que je comprends, le registre est confidentiel. Il est également national. J'imagine qu'il y a seulement vous, votre organisme, qui a accès au registre... ou encore peut-être Héma-Québec. Mais comment ça se passe quand une personne est sur le point de décéder dans un centre hospitalier, exemple, aux Îles-de-la-Madeleine? Est-ce que c'est le médecin qui est de garde à l'étage ou encore le directeur des services professionnels qui communique avec vous? C'est qui qui a la responsabilité, localement, de vous aviser qu'il peut y avoir une possibilité de dons d'organes dans un établissement comme le nôtre, aux Îles-de-la-Madeleine?

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

M. Beaulieu (Louis): M. le Président, vous avez bien raison d'évoquer le fait que le directeur des services professionnels a une responsabilité. L'article 204.1 de la LSSSS lui demande, exige qu'il déclare un donneur potentiel en état de mort imminente ou récente et qui peut être un donneur d'organes.

Alors, dans ce cas-là, le DSP ou la personne de son équipe, parce que ce n'est pas toujours lui directement qui le fait, donc généralement quelqu'un de l'urgence ou des soins intensifs, doit communiquer avec nous, et à ce moment-là nous allons vérifier si la personne avait inscrit son consentement. Si elle l'a inscrit, c'est très bien. Sinon, on devra faire une approche auprès de la famille.

Il faut comprendre que ça doit se faire avec énormément de respect parce que c'est un moment difficile, la plupart du temps, pour les familles parce que c'est subit, donc on n'a pas vu venir le décès de l'être cher et là on doit réagir, de là toute l'importance de faire connaître sa volonté. Et c'est là que des registres comme le registre opéré par la régie deviennent un instrument extrêmement précieux pour nous dans nos activités.

Et vous avez raison: Héma-Québec aussi peut... Le personnel autorisé peut aller consulter le registre dans ce cas-là pour ce qu'on appelle les dons de tissus, qui, la plupart du temps, surviennent après la mort récente pour... Sans trop simplifier, on peut conserver, un certain nombre d'heures et de jours, des tissus, alors que, pour les organes, les délais sont extrêmement courts. Je parlais tantôt de cinq heures. Dans certains cas, ça peut aller jusqu'à 12 ou 15 heures pour un rein. Mais la règle d'or, c'est: plus on greffe rapidement, en général, meilleurs sont les résultats.

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

M. Chevarie: Merci. Vous avez parlé d'une procédure dans... J'imagine, c'est un type de protocole clinique pour faire le prélèvement. Est-ce qu'en général... ou de façon 100 %, c'est les équipes locales de médecins qui font le prélèvement de l'organe ou encore c'est chez vous, à partir de... l'équipe de Transplant Québec qui se déplace pour aller faire le prélèvement?

M. Beaulieu (Louis): En fait, nous allons nous déplacer souvent avec les équipes de médecins préleveurs. Par exemple, si c'est un prélèvement pour une transplantation cardiaque ou une transplantation pulmonaire, généralement le médecin qui va transplanter l'organe se déplace lui-même. Quand c'est pour un prélèvement de foie ou de rein, ça peut être fait par un médecin qui est déjà dans l'hôpital, mais généralement c'est aussi un chirurgien préleveur, qui a l'habitude de faire ça, qui va se déplacer.

Par contre, les équipes locales ont un rôle extrêmement important dans tout ce qu'on appelle de l'identification et de la référence. Et c'est là qu'on a le plus de progrès à faire au Québec, je vous dirais, pour augmenter le nombre d'identifications, s'assurer que, quand il y a un donneur potentiel, on s'assure de le référer et qu'on enclenche toute la démarche.

Nous, notre personnel va, avec les infirmières qui sont sur le terrain, amener un soutien à l'équipe, parce que, je le disais tantôt, ça se passe en 30 à 36 heures, et, quand une personne est décédée, on ne veut pas étirer trop ça. La famille a souvent besoin de quitter, a besoin d'aller se ressourcer, se retrouver, et on doit trouver une façon de diminuer les délais au maximum pour éviter trop de souffrances à la famille qui demeure.

Et ça, on a aussi des enjeux, là, à relever dans ce qu'on a à organiser au Québec. On a de bonnes pistes de travail. Je pense que, quand on va voir ce qu'on peut faire d'économies par rapport à la dialyse, on aura de bonnes pistes pour augmenter une partie des services qu'on peut donner aux équipes pour rendre ça plus facile sur le terrain et permettre plus d'identifications.

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

M. Chevarie: Sur le plan de la transplantation, quels sont les établissements qui sont désignés pour effectuer ces interventions médicales, de haut niveau dans la plupart des cas? J'imagine, c'est Québec et Montréal qui est sûrement les principaux pôles en termes de responsabilité.

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

M. Beaulieu (Louis): Oui. M. le Président, le député a raison de dire que c'est principalement Montréal et Québec. Il y a aussi le CHUS à Sherbrooke. Alors, c'est une dizaine d'établissements qui vont réaliser la greffe, et ça s'explique parce qu'il faut quand même concentrer un certain volume. On parle de 396 transplantations. Ce n'est pas énormément d'activité d'opération, mais tout de même ça prend de l'expertise.

Alors, vous avez trois lieux pour le cœur au Québec, c'est-à-dire l'Institut de cardiologie de Montréal, vous avez le CUSM et vous avez l'Institut universitaire de pneumologie et de cardiologie de Québec, qu'on appelait avant l'Hôpital Laval. Du côté de la greffe rénale, il y a cinq centres, et, la greffe hépatique — en fait, j'arrive à 11 — il y a deux établissements. Mais, en fait, c'est que c'est souvent les mêmes établissements. La greffe hépatique, vous allez avoir le CUSM ou le CHUM, et la greffe rénale, à ce moment-là, on la retrouve au CUSM, on la retrouve au CHUM, on la retrouve à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, au CHUQ, ici, à Québec, et au CHUS, à Sherbrooke.

Et on a, au Québec, deux programmes pédiatriques pour les moins de 18 ans, c'est-à-dire le CHU Sainte-Justine et le CUSM, par l'Hôpital de Montréal pour enfants.

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

M. Chevarie: Oui. Merci. Comment se fait le transport d'un organe d'un établissement à un autre? Est-ce que c'est toujours les mêmes équipes, ou on fait affaire à des bénévoles, ou... Est-ce qu'il y d'autres moyens?

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

M. Beaulieu (Louis): Oui, M. le Président. À ce moment-là, c'est évidemment organisé à haut niveau parce que les délais comptent, et on ne veut pas perdre une minute. Quand j'explique qu'un coeur doit... on ne peut pas se permettre de dépasser quatre heures, il ne faut pas perdre une seconde ni une minute.

Alors, nous, chez Transplant Québec, nous coordonnons l'ensemble de tout ça. Tantôt, je parlais des transports aériens. Il faut s'assurer que l'avion est là, sur le tarmac, quand le policier bénévole arrive avec le camion de l'ACDO. On travaille étroitement avec le Service aérien gouvernemental, et je dois dire, M. le ministre, que ça a été un très, très bon coup. On a économisé au moins 25 % des coûts qu'on faisait par rapport à la situation précédente. Et on travaille étroitement avec l'Association québécoise du transport aérien. On ne doit pas, je crois, s'inquiéter de difficultés qu'on a vues en Ontario récemment. Ce n'est pas la situation au Québec. Ça se passe très, très bien, et en plus on a généré des économies. Alors, ça, c'est... je pense que d'autres provinces au Canada pourraient s'inspirer de ce qu'on fait de ce côté-là.

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

M. Chevarie: O.K., rapidement. Évidemment, on peut le constater, il y a un gain énorme sur le plan individuel pour la personne qui reçoit un don d'organe. Mais est-ce que vous pouvez nous parler de l'aspect économique de ce service-là?

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

M. Beaulieu (Louis): Alors, M. le Président, chaque greffe de rein permet d'économiser 40 000 \$ de fonds publics, puisque les services sont publics, et ça, peu importe la durée de vie du greffon, c'est-à-dire du rein qui a été transplanté, quand on prend la moyenne de tout ça. C'est un chiffre qui est assez bien établi. Donc, ça veut dire que, si on peut faire, au Québec, 25 greffes de rein de plus, on sauve annuellement 1 million de dollars. Alors, ça, c'est un bénéfice économique qui est démontré.

Quand on arrive dans les transplantations des autres organes, les bénéfices sont moins chiffrables de cette façon-là, mais évidemment il y a les bénéfices humains et les bénéfices sociaux. Toute personne qui est greffée qui retourne travailler... Et il y a beaucoup de gens qui travaillent qui ont des greffes, hein, ce n'est pas tous des gens qui sont chez eux en train d'attendre que le temps passe, il y a des gens extrêmement dynamiques. Vous avez peut-être déjà vu des témoignages de Sylvain Bédard, qui a monté une montagne de plus de 6 000 mètres. Je mets n'importe qui au défi aujourd'hui de faire ça. Je pense que c'est un accomplissement extraordinaire et qui démontre qu'une greffe cardiaque peut faire une grande, grande différence.

Alors, on a avantage à investir dans le don d'organes et la transplantation pour permettre éventuellement également de faire des économies, sans compter, je le disais tantôt, que la dialyse, c'est une somme assez colossale qui ne risque que d'aller en augmentant. Et ça m'amène aussi à dire toute l'importance d'agir en prévention pour essayer de diminuer l'obésité, qui amène le diabète de type 2, qui amène l'insuffisance rénale et qui est la principale cause de greffes d'organes parce que les gens auront dû aller en dialyse.

Alors, il y a des bénéfices importants à faire, et on sait où agir. Les Espagnols nous ont donné des recettes, les Américains les ont appliquées, les Français les ont appliquées, et on peut faire la même chose au Québec, je n'en ai aucun doute, mais ça passe par un soutien à l'ensemble des parties. On en a discuté, comme je le disais, avec le ministre à plusieurs reprises dans notre rôle conseil aussi puis de réaliser le mandat qui nous est confié. Et je pense qu'on a d'excellentes pistes de travail qui devraient donner des résultats pour les Québécois et les Québécoises.

● (21 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Beaulieu. Alors, là-dessus se termine ce bloc du groupe ministériel. Il reste 10 secondes. Vous voulez dire sur le micro ce que vous voulez dire?

M. Chevarie: Oui, tout simplement dire bravo pour toute cette belle mission. Et ce fut très informatif et très intéressant. Merci beaucoup.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. Alors, le bloc étant terminé, je vais céder la parole à Mme la députée de Taschereau, bloc de 20 minutes.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. J'ai fait signe à M. Beaulieu de rester. J'aimerais lui poser une ou deux questions toutes simples pour compléter le travail qui a été fait par le député des Îles-de-la-Madeleine.

On a travaillé ensemble, tout le monde, ici, à la commission sur le projet de loi sur le don d'organes, ce projet de loi qui dormait sur les tablettes et qu'on a fini par faire réapparaître, et qui, finalement, a été adopté. S'il y avait... On sait que la dialyse, bon, elle coûte chère financièrement. Elle est aussi très coûteuse pour les personnes qui la vivent. Souvent, c'est difficile à cause de leur emploi, leur famille, une qualité de vie difficile.

Autre chose, c'est: plus une personne attend sur une liste d'attente pour une dialyse, plus, à ce que j'ai cru comprendre dans les débats qu'on a eus précédemment, ça peut devenir difficile de recevoir une greffe. Je pense à notre amie... une collègue qui a siégé ici, à l'Assemblée nationale, Diane Barbeau, qui était députée de Vanier, qui attend toujours une greffe

et qui a vu des complications, au fil du temps, arriver. Je veux la saluer, parce qu'à chaque fois j'aime parler d'elle, qui est très courageuse, qui fait ses dialyses, qui se bat contre la maladie.

Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on puisse faire pour faire baisser la liste d'attente? Et est-ce qu'un investissement soudain pourrait provoquer une baisse de cette liste d'attente? On sait qu'il y a une économie au bout du compte. Il y a une économie pour les vies, pour les gens, mais il y a une économie financière. Est-ce qu'on a assez... Est-ce qu'on aurait assez de disponibilité d'organes pour réussir à greffer plus de monde? Est-ce qu'il y a quelque chose à faire qui pourrait faire baisser cette liste d'attente?

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

M. Beaulieu (Louis): Alors, M. le Président, oui, oui, il y a des choses à faire, notamment... J'ai rencontré récemment les directeurs généraux des établissements dans le cadre d'un congrès d'associations, et je leur disais que, si nous augmentions notre performance uniquement de 20 % de notre nombre de donneurs, c'est-à-dire passer de 137 à un peu plus de 160 par année, ce qui est tout à fait réalisable, donc, d'atteindre à peu près 20 millions... 20 donneurs par million, on pourrait, dans quatre ans, avoir épuisé toute la liste d'attente au 31 décembre 2011. Il y aurait eu des gens qui se seraient réinscrits entre temps, mais on pourrait, en quatre ans, faire ça.

Et je pense, je le disais tantôt, qu'une partie des coûts ou des économies qu'on pourrait générer en diminuant l'impact sur la dialyse pourrait nous permettre de subventionner ces faits-là. Selon moi, 4 % à 5 % de ce coût-là pourraient contribuer à faire une différence importante et massive pour les personnes en attente.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau, vous voulez poursuivre sur un point?

Mme Maltais: Vous me dites: Il faut la faire baisser de tant de pourcentage, mais moi, ce que je vous demande, c'est: Qu'est-ce qu'il faut faire pour la faire baisser?

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

M. Beaulieu (Louis): Alors, j'ai peut-être fait un long préambule, mais qu'est-ce qu'il faut faire, c'est qu'il faut augmenter l'identification dans les hôpitaux. J'ai parlé du médecin coordonnateur en dons d'organes. Les Espagnols nous disent que c'est une clé du succès, les Français aussi. On peut déployer un projet dans ce sens-là pour regarder comment ça va fonctionner au Québec. Il n'y a pas de raison que ça ne fonctionne pas bien.

Il faut également être capables d'informer la population sur l'importance du don d'organes. On le fait, il faut le faire encore plus. On a fait des campagnes dans le passé et on a vu une différence, on a pu mesurer une différence. Neuf Québécois sur 10 nous disent être d'accord, mais seulement encore un sur deux a posé un geste. Une seule campagne avec un investissement de base et... Ce qu'il y a de fantastique dans le don d'organe, je le disais au ministre récemment, c'est que je peux aller chercher cinq à six fois le montant qui m'est donné parce qu'il y a beaucoup de sympathie dans la population et dans différentes... On va chercher beaucoup de pro bono, par exemple. Donc, oui, on peut faire ça... approcher les communautés culturelles un peu plus, et là on aura des gains importants.

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

Mme Maltais: Je comprends de votre réponse qu'il n'y a pas d'investissement financier nécessaire, vous n'abordez pas ça du tout, du tout, du tout. Donc, je comprends qu'on a les moyens. Ou bien vous dites: Non, donnez-nous les moyens, puis on va le réaliser. On est en étude des crédits du ministère de la Santé, je vous invite à nous le dire. Est-ce que je peux plaider auprès du ministre de la Santé? Est-ce qu'il y a des investissements... Est-ce qu'il y a un ordre d'investissements qui permettrait d'atteindre cet objectif-là ou, si c'est non, c'est dans les pratiques, c'est dans...

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

M. Beaulieu (Louis): Alors, on a reçu... Pardon.

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

M. Beaulieu (Louis): M. le Président, on a reçu récemment près de 1 million de dollars du ministère pour réaliser un certain nombre de travaux. C'est très, très bien. C'est vraiment une... on est très heureux de ça. On pense qu'un investissement de quelques millions — je pense à 4 millions, 5 millions bien placés — pourraient faire une différence substantielle, et je sais que le ministre est ouvert à ces considérations-là. Évidemment, ce n'est pas simple, là, dans le contexte en général des finances publiques, on le comprend, mais je pense qu'on peut, sur quelques années, pouvoir faire ce type de changement là de façon structurante pour le réseau. Et je suis confiant qu'on va y arriver.

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

Mme Maltais: Simplement, M. le Président, comme le FINESSS n'est pas supposé faire du maintien d'activités mais bien du développement d'activités et qu'il a 130 millions pour la dialyse, peut-être qu'il y a un bout de solution à cet

endroit-là. Alors, je voulais juste dire ça devant vous au ministre de la Santé et des Services sociaux. On a abordé que le FINESSS est supposé être pour des développements, de véritables développements et non pas le maintien des activités. Alors, voilà un des endroits où il pourrait être intéressant d'investir.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, voulez-vous réagir là-dessus?

M. Bolduc: Bien oui. Bien, ce qu'il faut, c'est... C'est quoi, les stratégies qui vont nous permettre d'avoir plus de donneurs? Je pense, c'est ça, la question. Deux niveaux. Un, c'est de sensibiliser les gens pour qu'ils signent pour que ça soit plus facile. Mais également, lorsqu'il arrive quelqu'un à l'urgence et que... un exemple, c'est un AVC ou encore un traumatisme, si c'est une possibilité ou un potentiel de donneur d'organes, qu'on ne l'échappe pas. C'est là, la stratégie. C'est souvent de ne pas mettre plus d'argent comme de placer l'argent à la bonne place.

À toutes les fois que quelqu'un est transplanté, surtout au niveau rénal, quand on a déposé le projet de loi, on l'avait démontré à ce moment-là, il y a une économie substantielle au niveau monétaire mais surtout le bien-être humain apporté chez la personne. Donc, je vous dirais que ce n'est pas une question d'argent comme d'avoir les bonnes stratégies qui vont atteindre les bons résultats. Et, quand on me dit... Souvent, on dit: On va sensibiliser... Sensibiliser, souvent... ça ne donne pas toujours tous les résultats. Il faut savoir comment on va sensibiliser pour aller chercher le maximum de donneurs. Je pense que le plus difficile puis ce qu'il ne faudrait pas manquer... à toutes les fois qu'il y a un potentiel, il faudrait qu'on soit capables de le récupérer.

L'autre élément, c'est... Quand on se compare avec d'autres endroits, ici il y a beaucoup moins de meurtres, il y a moins de traumatismes parce qu'il y a moins d'accidents, ce qui fait que c'est deux phénomènes, ça, qui font qu'on a moins de potentiel de donneurs. Mais il y a d'autres catégories maintenant. Puis il faut penser aussi... on pense... de donneurs, des gens qui sont... mort cérébrale mais qui sont... qui peuvent donner des organes comme leurs reins, mais il y a également toute la question des dons de tissus, hein, des dons de tissus puis — les gens peuvent être décédés — les dons de cornée. C'est tout ça qu'il faut qu'on mette en place pour s'assurer d'aller prélever le plus possible des organes chez quelqu'un, là, qui aurait pu les donner.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Je vais retourner la parole à Mme la députée de Taschereau.

● (21 h 10) ●

Mme Maltais: M. le Président, le président de Transplant Québec nous a dit: J'aurais besoin d'une bonne grosse campagne d'information, puis à chaque fois ça marche. Bien, moi, j'ai entendu le message puis j'aimerais ça que le ministre l'entende. Voilà.

M. Bolduc: Je l'ai entendu aussi.

Mme Maltais: Alors, on a entendu ça. Ça a été très clair, ça a été bien exprimé, bien dit. On a vu le bénéfice au bout du compte. Il y a besoin d'accélérer ça, il y a besoin d'avoir plus de donneurs, effectivement. Parce qu'effectivement on a une société plus pacifique peut-être, et il y a des moyens pour ça, puis ça s'appelle aussi une bonne campagne. Je souhaite qu'ils aient les moyens de pouvoir agir en ce sens. Le beau plaidoyer de tout le monde ici, autour de la table, c'était: Ça rapporte en tout. En tout. Ça rapporte humainement et ça rapporte même financièrement. Voilà.

Pénurie de médicaments. J'aimerais parler un peu de la pénurie de médicaments. Merci, M. Beaulieu...

Le problème de la pénurie de médicaments n'est pas récent. Ça ne fait pas tellement longtemps que le ministre de la Santé s'en préoccupe, lui-même me répondait, il y a quelques semaines... Ça faisait seulement trois à quatre semaines qu'on est dans le dossier et qu'on le surveille de très près, mais ça fait depuis juillet 2010 — juillet 2010 — que l'association des pharmaciens propriétaires a soumis à la RAMQ et à l'INESSS des pistes de solution concernant la pénurie de médicaments parce qu'eux autres, ils savaient qu'il y avait des pénuries de médicaments.

Bien sûr, il y a eu des problèmes à l'usine Sandoz. Ce que ça a fait, c'est que ça a provoqué un moment de crise, ça a aggravé la situation. Mais il y a des ruptures de stock, il y a des pénuries de médicaments depuis un bout de temps, depuis à peu près deux ans, en fait.

En décembre 2010, l'Ordre des pharmaciens a mis sur pied un comité au sujet des pénuries de médicaments. Il y a eu plusieurs évaluations, et je sais qu'il y a eu des rencontres entre la RAMQ et l'INESSS afin d'aborder les pistes de solution qui ont été proposées par l'AQPP. J'aimerais savoir quelles ont été les solutions qui — dans le passé, là, je veux aller dans le passé — ont été proposées par l'AQPP à la RAMQ puis est-ce qu'il y a un suivi qui a été donné à ses propositions à l'époque? Parce qu'aujourd'hui on se retrouve avec des problèmes très sérieux.

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

M. Bolduc: M. le Président, deux niveaux de rupture, hein? Quand on parle qu'il y avait des ruptures depuis 2010, il y avait même des ruptures avant; ça fait des années qu'il y a des ruptures. Mais c'est des ruptures très ponctuelles pour certains médicaments, et souvent on était capables d'avoir des substitutions. et ce qui est arrivé au fil des années, c'est qu'il y a des produits dans lesquels les compagnies pharmaceutiques ont eu un désintérêt et puis elles ont décidé soit d'en avoir juste un qui le produisait ou, en tout cas... ou encore ils ont décidé de tout simplement arrêter la production.

C'est certain que, si vous avez une seule compagnie qui fournit un produit, la journée que la compagnie dit: J'arrête de faire la production, il y a une difficulté. Et ça, c'est des ruptures qu'on peut planifier et puis c'est des ruptures qu'on peut prévenir. Ça, je pense qu'à ce niveau-là il y avait eu des recommandations, entre autres des recommandations qui avaient été

faites à Santé Canada, pour que les gens annoncent leurs ruptures longtemps d'avance. Et les mesures qui avaient été prises, bien, c'était de chercher à remplacer le produit par un produit substitut, ou encore nous avons ici, au Québec, un petit laboratoire qui fabriquait le produit à partir des ingrédients un petit peu de façon artisanale. Donc, ça, il y a quelque chose là qui avait un problème.

L'autre type de rupture, c'est celui qu'on a vécu avec Sandoz, où tu as une compagnie qui fournit au marché nord-américain, souvent de façon... comme unique fournisseur, un produit — eux autres en produisaient plus qu'une centaine — qui soudain nous annonce que, pour se conformer aux normes de la FDA, il est obligé de baisser ou de cesser sa production. Ça, c'est un plus gros problème et ça aussi, c'est un problème qu'on peut prévenir.

Donc, pour le deuxième, il y a eu une cellule de crise qui a été faite au ministère, et d'ailleurs ça a été reconnu par l'Ordre des pharmaciens, que c'est une cellule de crise qui fonctionnait très bien, sauf qu'il faut voir dans le temps comment est-ce qu'on peut faire pour prévenir cela. Ils ont fait des recommandations cette semaine, lundi. C'est un rapport qu'ils ont produit, puis c'est un rapport que j'endorsse, et c'est un rapport qu'on va regarder comment on peut l'appliquer. Mais il y a des recommandations également qui s'adressent à Santé Canada, dont, entre autres, une qui, je pense, est très intéressante: lorsqu'une compagnie sait qu'il va y avoir une rupture, bien, de l'annoncer au moins une année d'avance, de façon à ce qu'on puisse prévenir. Donc, c'est à ces deux niveaux-là qu'on va travailler.

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

Mme Maltais: Oui. C'est parce que ce n'est pas ça, ma question.

M. Bolduc: Ah! C'est une bonne réponse.

Mme Maltais: On va y venir, aux recommandations de l'Ordre de pharmaciens, et je vais l'aborder avec le ministre, c'est sûr. La question, c'est: Il y a un an et demi, l'Association québécoise des propriétaires de pharmacies a rencontré la RAMQ et l'INESSS et leur a dit: Il y a des pénuries de médicaments qui commencent à être sérieuses. Tu sais, des produits en rupture de stock, là, en 2008, il y en avait eu 60; en 2009, 89; en 2010, 240. C'est là que les propriétaires de pharmacies se sont réveillés puis ont dit: Écoutez, ministères, RAMQ, là, il est important de travailler là-dessus. En 2011, 207, c'était sérieux, là. Il y a eu des propositions. Je veux juste savoir si ces propositions-là ressemblent à peu près à ce qu'on a actuellement dans l'air aujourd'hui et quel suivi a été donné à ces propositions par la RAMQ ou par le ministère?

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

M. Bolduc: M. le Président, je trouvais ma réponse bonne, mais on va demander au Dr Marc Giroux de venir l'expliquer aussi.

Mme Maltais: Ça va peut-être être meilleur.

Le Président (M. Sklavounos): De la part des membres, est-ce que j'ai le consentement? J'ai le consentement?

Mme Maltais: Consentement.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, j'attends que M. Giroux prenne place. La salle est configurée différemment ici; il va falloir qu'il vienne à la table.

Alors, M. Giroux a déjà témoigné devant nous; on est sur le même consentement, pas besoin de vous représenter. Allez direct à la question, M. Giroux, la parole est à vous. La parole est à vous, M. Giroux.

M. Giroux (Marc): Bonjour. Donc, effectivement, il y a eu des rencontres avec l'association des pharmaciens propriétaires puis la régie. On a regardé quelques pistes de solution. On s'est rapidement aperçus entre autres que le gouvernement fédéral était impliqué de façon importante, d'une part. Donc, on a dit à l'AQPP: Il y a cette composante-là. Et, en même temps, l'Ordre des pharmaciens commençait à s'intéresser à cette problématique-là. Moi, je dirais, commençait... continuait à s'intéresser. Et on a vu récemment, cette semaine, le rapport qui a été fait conjointement avec l'Ordre des pharmaciens et le Collège des médecins. Donc, on a graduellement cédé un peu notre place aux ordres professionnels qui... de qui émane la responsabilité de la qualité des actes tant au niveau des pharmaciens que des médecins. Ce qui ne veut pas dire qu'on est inactifs dans le domaine des ruptures de stock.

Si peux prendre quelques minutes pour faire un contexte de ça... Il y a 6 000 produits distincts, 6 000 molécules qui sont assurées par le Régime d'assurance médicaments, et ça génère 150 millions de transactions ou de prescriptions faites par les médecins à chaque année. Donc, c'est des gros volumes. Nous, à la régie, évidemment on s'occupe des médicaments qui ne sont pas donnés dans les hôpitaux; c'est à l'extérieur. Donc, ce qu'on a observé depuis 2008, c'est effectivement un accroissement du nombre de produits qui sont en rupture de stock. Par exemple, en 2008, il y avait 39 médicaments ou molécules qui étaient en rupture de stock; en 2009, 49; 2010, 85; 2011, 110. Donc, on voit qu'il y a un accroissement du nombre de molécules.

De façon générale, dans les situations de rupture de stock, la régie est en mesure de suggérer des produits substituts. Elle le fait par l'envoi d'infolettres à l'ensemble des pharmaciens communautaires. Par contre, il arrive exceptionnellement qu'aucun produit substitut ne puisse être suggéré en raison d'un manque de matière première ou de l'impossibilité pour le préparateur de fournir un produit de remplacement stable. À ce moment, le pharmacien réfère la personne assurée à son

médecin traitant afin qu'il réévalue le traitement pharmacologique requis. Ces situations d'exception sont survenues, en 2011, sur 20 produits et, au cours des trois premiers mois de l'année 2012, sur neuf produits. La régie n'est pas informée de la prise en charge clinique des cas d'exception. Mais, à ce jour, aucune situation néfaste pour une personne assurée ne lui a été rapportée.

En ce qui concerne le processus de traitement des ruptures de stock par la régie, depuis le 6 septembre 2011, l'ensemble des activités liées au traitement des ruptures de stock dans le cadre du régime public d'assurance médicaments est pris en charge par la régie. Auparavant, ces responsabilités étaient partagées avec l'INESSS. Ces responsabilités évidemment n'incluent pas celles qui sont dues aux ruptures d'approvisionnement en établissement.

Donc, le processus, si on peut le résumer, c'est celui qui suit: le Centre de support aux pharmaciens de la régie, notre centre d'appel dédié aux pharmaciens, est informé de la rupture de stock par les pharmacies communautaires. Une vérification est faite auprès des grossistes ou des fabricants. Lorsque la rupture de stock est confirmée; les pharmaciens en sont informés. Les produits génériques qui sont en rupture de stock, l'inventaire est disponible...

Le Président (M. Sklavounos): Si vous me permettez, M. Giroux, j'ai l'impression que Mme la députée de Taschereau veut peut-être que vous précisiez ça un petit peu.

M. Giroux (Marc): Résumer ça?

Mme Maltais: Bien, c'est parce que l'encadrement...

Le Président (M. Sklavounos): Vous parlez du processus général, et j'ai l'impression qu'elle voulait un renseignement plus particulier.

Mme Maltais: Oui.

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

● (21 h 20) ●

Mme Maltais: On comprend que la RAMQ s'occupe des ruptures de stock, là, mais on sait qu'il y a eu une rencontre avec l'AQPP, ce que... la partie, la première partie était très... correspondait tout à fait à ce que je vous avais demandé. Mais là vous dites: Bon, on a réalisé que c'était le fédéral. Maintenant, quand on va voir le rapport, on voit autre chose, parce que l'Ordre des pharmaciens, eux autres, ils ciblent très bien qu'il pouvait se faire des choses au Québec. Avez-vous fait un suivi de la rencontre auprès du ministre, la rencontre préalable que vous avez eue à l'AQPP ou vous avez fini par décider que vous ne pouviez à peu près pas agir au Québec?

Parce qu'il y aurait pu y avoir, à ce moment-là, mise sur pied d'un centre de coordination national sur le territoire québécois. Vous auriez pu décider de coordonner les choses. Parce que là, après ça, c'est les pharmaciens d'établissement qui ont été laissés seuls à travailler entre eux à travers le Québec. Ce que je veux dire, c'est: Quel suivi avez-vous fait? L'avez-vous dit au ministre: Ah! C'est le fédéral? Est-ce qu'il y a eu ce... Pourquoi il ne s'est rien passé au Québec à ce moment-là? C'est ça que j'essaie de comprendre. Il y a sûrement des raisons.

Le Président (M. Sklavounos): Environ une minute, M. Giroux.

M. Giroux (Marc): Oui, M. le Président. La réponse, c'est celle que j'ai dite tout à l'heure. C'est qu'à un moment donné on s'est aperçus qu'on n'était pas les seuls, avec l'AQPP, à avoir... à s'occuper de cette situation-là, entre autres le gouvernement fédéral mais aussi les ordres professionnels. Et, en même temps, on avait rencontré la présidente de l'Ordre des pharmaciens, Mme Lamarre, qui nous avait dit: Nous, on va s'impliquer dans cette problématique-là avec le Collège des médecins. Donc, on a cru opportun de laisser à ces ordres-là de prendre la situation en main et, évidemment, on avait informé les autorités du ministère de cette position-là.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau, il reste 30 secondes. C'est plus pour un commentaire.

Mme Maltais: C'était donc la position du ministère. La position est agréée par le ministère de laisser les ordres professionnels s'en occuper et de ne pas coordonner les pénuries de médicaments au Québec. C'est ce que je comprends. Ça a été avalisé par le ministère de ne pas avoir de leadership en cette matière, alors que la situation s'aggravait à partir de 2010.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre, 10 secondes.

M. Bolduc: Non. Très, très mauvaise interprétation. La pénurie de médicaments, c'est un problème qui est en Amérique du Nord. C'est dans toutes les provinces puis ils ont également des ruptures de stock au États-Unis. Donc, c'est un problème...

Le Président (M. Sklavounos): Je vais vous interrompre parce que le bloc de l'opposition officielle est terminé. Je vais aller du côté des ministériels. S'ils veulent vous céder leur temps pour que vous puissiez compléter votre réponse, ça pourrait être fait sur le temps des ministériels. M. le député des Îles, est-ce que vous désirez...

M. Chevarie: Bien sûr, on va laisser le ministre compléter sa réponse.

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

M. Bolduc: Ce qui fait qu'il faut le voir... Ce sont des ruptures ponctuelles qu'il y avait. Au cours des dernières années, il y en a eu plus. Comme de fait, il y a une stratégie qui se doit se faire avec Santé Canada. Comme gouvernement du Québec, on peut en discuter, on peut regarder comment on peut corriger ça, mais, il faut le dire, c'est un problème qui était nord-américain. On lit des articles américains, ils ont le même problème. Donc, il faut le regarder de façon...

Là, on a une crise qui est plus majeure, parce que c'est un laboratoire qui n'était pas capable de fournir. Alors, moi, j'ai parlé avec Leona Aglukkaq. On va regarder comment on peut faire pour essayer de mieux standardiser ça puis également de stabiliser la question des ruptures de médicaments. Mais ce n'est pas parce qu'on n'a pas assumé de leadership, c'est tout simplement qu'on n'a pas tout sous notre contrôle. Mais, avec la nouvelle crise, avec Santé Canada, le Québec, l'Ordre des pharmaciens, on va regarder qu'est-ce qui est possible de faire. Quand, à un moment donné, il y a une pénurie d'un produit au niveau international... On ne peut toujours bien pas rendre le gouvernement du Québec coupable d'une pénurie internationale d'un médicament, et c'est ce type de problème que nous avons.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Alors, je retourne la parole à M. le député des Îles.

M. Chevarie: Merci beaucoup, M. le Président. Je vais aborder toute la question des admissions en médecine depuis 10 ans. Bien sûr qu'on sait que les médecins sont des acteurs très importants dans le réseau de la santé, et le Québec a encore une pénurie de médecins à travers la province. On parle qu'il peut manquer environ 1 000 médecins de famille et plusieurs centaines de médecins spécialistes.

Et on sait également que notre gouvernement avait pris la décision d'augmenter les admissions en médecine de façon importante, là, depuis l'arrivée du gouvernement libéral au pouvoir en 2003. Donc, elles ont pratiquement doublé. Ce que j'aimerais... depuis 2003... ou la fin des années quatre-vingt-dix, alors que, je le répète, le Parti québécois avait coupé de façon drastique dans les postes de médecins, les postes d'infirmières aussi. Est-ce que le ministre peut nous faire le point sur l'évolution des admissions en médecine depuis cette période?

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

M. Bolduc: Oui. M. le Président, c'est... D'abord, il faut rappeler l'histoire de la médecine au Québec. Il y a eu des grandes coupures, des mises à la retraite, mais en plus il y avait une diminution au niveau des admissions en médecine. On est descendu autour de 400 admissions en médecine. Les gens avaient mal évalués les besoins.

On parle souvent d'évaluation, mais, à ce moment-là, le gouvernement en place avait fait vraiment une très, très mauvaise évaluation, ce qui fait que ça nous a créé une pénurie pendant des années. Mais, en plus d'avoir mis les médecins à leur retraite en diminuant les admissions, bien — former un médecin de famille, ça prend sept ans; un spécialiste, ça prend de 10 à 11 ans — ça nous a mis dans le trouble pendant 10 ans.

Et, dès l'arrivée au pouvoir, on a augmenté rapidement les admissions en médecine, mais il fallait les former, ces médecins-là. On a passé d'environ 400 médecins à 772, puis on a dépassé 800 étudiants en médecine à chaque année. Et, depuis deux ans, on commence à en voir les bénéfices. Pourquoi? Parce qu'on sort de plus en plus de médecins, d'où l'article qu'on a eu cette semaine, qui est absolument vrai, c'est qu'il y a certaines spécialités médicales qu'on commence à être en surplus. Il y a même des spécialités que les gens ont de la difficulté à se trouver des emplois. Donc, on va faire un déplacement vers certaines spécialités plus en pénurie comme la médecine interne, la gériatrie, la dermatologie.

Et également, au niveau des médecins de famille, on en sort beaucoup plus. D'ailleurs, les données étaient très, très bonnes par rapport aux gens qui sont intéressés à s'en aller en médecine de famille. Ce que l'on va faire, c'est qu'on va essayer de sortir plus de médecins de famille pour essayer de combler la pénurie un peu plus rapidement.

En même temps qu'on a augmenté le nombre d'étudiants en médecine, ce qui fait qu'on sort plus de médecins, on a changé les pratiques également. Les gens pratiquent de plus en plus en groupe de médecine de famille avec des infirmières. Et le fait de travailler en équipe, ils peuvent se permettre de suivre plus de patients. Et également, les maladies complexes, les patients qui sont plus malades, ils peuvent plus les prendre en charge.

L'autre élément qu'on a fait récemment, c'est qu'on a augmenté... on a commencé à sortir des infirmières praticiennes spécialisées. Et, cette semaine, j'étais avec Gyslaine Desrosiers, qui est la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et elle était fière de montrer le tableau qui montrait vraiment la sortie des infirmières praticiennes spécialisées qui permettent de compléter le travail des médecins.

Donc, toute cette stratégie fait qu'au niveau de la pénurie — actuellement, il en existe encore une — en spécialités, dans certaines spécialités, on est en train de les combler complètement; d'autres spécialités, on veut augmenter... pour que, sur quelques années, on puisse les compléter. Puis, au niveau de la médecine de famille, moi, je l'ai dit, les gens n'avaient pas l'air... la tendance à me croire, mais, avec les résultats qu'on a actuellement, où est-ce qu'on sort plus de médecins de famille, il y en a plus qui sont intéressés, on peut prévoir que, dans un horizon... en 2016, on va tomber en équilibre.

L'autre élément qui nous aide pour la prise en charge des patients — parce que, de plus en plus, il y a des Québécois qui se trouvent des médecins de famille, actuellement — c'est qu'on a revu l'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et, de cette entente, on a un forfait pour les gens qui prennent les patients en charge et qui deviennent leur médecin de famille. Intéressant? Là, il y a plusieurs médecins qui ont décidé que maintenant ils avaient la capacité pour prendre des nouveaux patients. Et, je dois vous avouer, c'est à une vitesse effarante que les gens sont capables de se trouver des médecins de famille en passant par le guichet unique de chacun des CSSS.

Donc, toutes ces modifications faites de façon simultanée font que, d'ici quelques années, on devrait avoir un meilleur accès au niveau du médecin de famille. Et la notion que disait le député de Shefford, que ça prend 2 millions... qu'il y a 2 millions de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille, c'est une crise que notre parti, le Parti libéral, est en train de régler par l'augmentation du nombre de médecins de famille, une augmentation du nombre d'étudiants, changement de la pratique, changement aussi du mode de rémunération pour que les gens soient pris en charge et l'arrivée de nouveaux professionnels, comme des infirmières praticiennes spécialisées.

Donc, je pense qu'on a toutes les raisons du monde d'être optimistes que, d'ici deux à trois ans, de plus en plus de gens vont être capables d'avoir un médecin de famille. Et ce ne sera pas quelque chose qui va arriver dans trois ans: à chaque année, on va avoir plus de gens qui vont être suivis par les médecins de famille et qui vont être capables de consulter des spécialistes dans un délai raisonnable.

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

M. Chevarie: La parole...

Le Président (M. Sklavounos): Alors, c'est terminé pour M. le député des Îles? Mme la députée de Hull.

● (21 h 30) ●

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je vais poursuivre un peu dans la même veine, puisqu'on va parler de l'accroissement du nombre des nouvelles inscriptions, parce que moi, je dis toujours aux citoyens qui viennent me voir parce qu'ils n'ont pas de médecin de famille ou qui sont sur une liste d'attente pour une chirurgie: C'est vrai que c'est une des missions premières de l'État, les soins de santé, mais on a besoin de médecins pour ça. Même si on aurait toutes les plus belles ambitions au monde, le meilleur ministre de la Santé qu'il n'y a pas, si on n'a pas de médecin sur le terrain, on n'y peut rien, on ne peut rien faire. Et ça, bien, les citoyens, ils ne sont pas toujours conscients de ça. Puis aussi, il ne faut pas se leurrer, les médecins, ce sont des travailleurs autonomes et ce sont eux qui choisissent leur horaire, ce sont eux qui choisissent comment d'heures ils vont investir dans leur pratique à chaque semaine, et ça aussi, ça pose certains défis, en tout cas, surtout dans la région de l'Outaouais puisqu'on est tout près de l'Ontario. Et, vous savez, quelquefois les médecins sont tentés d'aller pratiquer en Ontario ou même d'aller au privé. C'est ce que les gens du parti du député de Shefford souhaitent promouvoir dans leur programme.

Alors, c'est sûr que l'accroissement des nouvelles inscriptions, qui ont doublé, comme le ministre disait, depuis 2000, entre 2000 et 2010, ça, c'est une très, très bonne nouvelle. Cependant, bien, on est un peu victime de notre succès puisque l'augmentation rapide de ces... a entraîné une utilisation maximale des capacités d'accueil de plusieurs milieux de formation.

Donc, il a fallu développer des façons plus innovantes, trouver une autre façon que dans le milieu hospitalier tel quel, et je sais que même chez nous, à Gatineau, il y a eu des initiatives qui ont été mises de l'avant. Je ne les mentionnerai pas, M. le Président, je vais demander au ministre de nous parler de tout le déploiement des formations qui ont eu cours au cours des dernières années. Je vous le dis, c'est impressionnant. Moi, j'ai vu... mais je vais laisser le ministre faire la nomenclature de tout ce qui a été mis de l'avant depuis quelques années.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. On va le faire en équipe avec quelqu'un qui connaît très, très bien la médecine de famille puis la médecine spécialisée au Québec, le Dr Jean Rodrigue. Un, c'est une réalité, on a augmenté énormément le nombre d'étudiants en médecine. C'est certain que ça amène de la pression parce que ces gens-là doivent trouver des milieux de stage. Et, au cours des années, notre gouvernement a développé une école de médecine à Saguenay pour former des étudiants, puis on a également développé une école de médecine à Trois-Rivières, et ces campus-là forment des excellents médecins. D'ailleurs, Trois-Rivières, après une année, avait réussi les meilleurs... a eu les meilleurs résultats au LMCC, qui est l'examen national. Donc, la formation est très bonne.

L'autre élément qui est intéressant, lorsqu'on développe des milieux de formation en région ou dans des endroits particuliers, il est reconnu que le meilleur outil de recrutement pour une région, c'est la formation des médecins localement. Et, généralement, c'est... je disais auparavant, je disais toujours: C'est 50 % qui demeurent. Actuellement, on me dit que c'est autour de 80 % des gens qui vont rester localement pour toutes sortes de raisons: ils connaissent le milieu, ils trouvent que c'est un milieu intéressant, souvent ils peuvent avoir l'occasion de se trouver un conjoint ou une conjointe localement, et c'est tous des facteurs qui sont... qui favorisent la rétention locale.

Également, on a développé des nouveaux milieux. On regarde pour développer un campus santé dans l'Outaouais, où on formerait notre personnel directement dans l'Outaouais. D'ailleurs, dans l'Outaouais, il y a déjà une unité de médecine de famille qui forme 12 résidents par année pour former, justement... sortir des médecins. Donc, ça, ça va favoriser notre recrutement.

Donc, on a une stratégie comme ça de développer des centres de formation à l'extérieur. Là-dessus, je laisserais peut-être parler le Dr Rodrigue, là, qui connaît très bien le dossier parce qu'on s'en est parlé cette semaine.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, avec le consentement des membres... Est-ce que j'ai le consentement de l'opposition officielle également? Oui, merci. Alors, docteur, il va falloir vous présenter. Par la suite...

M. Rodrigue (Jean): Oui, d'accord. Jean Rodrigue, je suis sous-ministre adjoint à la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire. Alors, très rapidement, je pourrais vous parler, aller un peu en évolution. Il y a le

nombre... Comme le ministre l'a mentionné, le nombre d'étudiants en médecine posait un défi énorme à la plupart des facultés de médecine. Il fallait trouver des endroits pour que ces étudiants-là puissent compléter leur formation prédoctorale, mais aussi aller faire leur formation en résidence, que ce soit en médecine générale ou en médecine spécialisée.

Il y a donc eu plusieurs actions qui ont été prises. La première, ça a été de multiplier et de distribuer, si je peux dire, les unités de médecine familiale partout au Québec. On a actuellement près de... plus d'une quarantaine d'unités d'enseignement en médecine familiale qui reçoivent donc des résidents en médecine de famille qui vont faire presque toute leur formation dans ces milieux-là, que ce soit à Mont-Laurier, que ce soit à La Sarre ou que ce soit à Montréal ou à Québec. Alors donc, le premier but, c'était dans un... Ce qui nous apparaissait évident, dans un premier temps, c'était de permettre aux résidents en médecine familiale de faire leur résidence ailleurs.

Deuxièmement, ce qui est arrivé par la suite, c'est qu'on s'est rendu compte aussi qu'il fallait inciter les plus jeunes. Donc, on a eu des stages pour les externes non seulement en médecine familiale, mais, dans certaines disciplines spécialisées, ils pouvaient faire... les étudiants en médecine pouvaient aller faire leur stage en région. Mais il fallait aller plus loin, et il y a deux modèles qui ont été développés au cours des dernières années: le modèle que j'appellerais du campus... de la formation médicale délocalisée et le deuxième modèle qui est celui du campus clinique.

La formation médicale délocalisée, c'est essentiellement de permettre une faculté de médecine décentralisée dans une autre région. Et là au Québec, actuellement, on en a deux: une à Trois-Rivières, comme l'a mentionné le ministre, et une à Saguenay. Ce sont deux milieux qui reçoivent des étudiants à partir de leur première année de médecine, qui peuvent faire tout leur cours de médecine, et qui peuvent faire leur résidence en médecine familiale dans le même milieu, et, dans certains cas, qui peuvent faire certains stages dans... S'ils décident de se spécialiser, ils peuvent faire des stages en médecine spécialisée comme résidents en médecine spécialisée dans ces endroits-là.

Alors, ces deux centres-là existent depuis déjà quelques années. Il y a déjà eu des premières promotions dans le cas de Trois-Rivières. Et ça, c'est un modèle qui est assez intéressant, un modèle aussi qui a vu une collaboration entre l'université mère, si je peux dire, que ce soit Montréal ou McGill, mais une collaboration aussi avec l'Université du Québec en région, notamment dans le cas de la Mauricie où il y a une collaboration entre l'Université du Québec et l'Université de Montréal, ce qui est un précédent intéressant.

Le deuxième modèle qui a été développé est celui qu'on appelle des campus cliniques. C'est un modèle qui existe actuellement à Joliette, et qui existe aussi dans l'Outaouais, et qui existe aussi à Rimouski. C'est un modèle qui, pour toutes sortes de raisons, n'est pas prêt encore, ce qui ne veut pas dire qu'il ne pourra pas l'être un jour, mais, pour le moment, ils ne sont pas prêts à offrir une formation complète. Et donc ce qu'on permet, c'est que les étudiants puissent faire leur stage d'externat, donc la dernière ou les deux dernières années de leur formation médicale, et ils peuvent ensuite faire leur résidence en médecine familiale dans le milieu. Alors, dans ces trois milieux-là, donc, il y a cette possibilité-là.

Alors donc, on se rend compte que l'augmentation des étudiants en médecine a non seulement permis d'augmenter le nombre de médecins, mais ça a aussi permis de voir se développer de nouveaux modèles au niveau de l'enseignement. Puis moi, je me plais à dire que le réseau de la santé, de plus en plus, le réseau de la santé québécois devient un réseau apprenant, notamment par des techniques comme les méthodes «lean» ou des choses comme ça. C'est un réseau qui est en continu apprentissage, mais c'est aussi un réseau enseignant. Et donc cette propriété de l'enseignement n'appartient pas uniquement au milieu que j'appellerais universitaire; ça appartient à chaque milieu qui a la possibilité, finalement, de partager son expertise, de partager son expérience, de partager sa science, et donc c'est des éléments intéressants.

Alors, on peut dire qu'actuellement il se fait de l'enseignement, il se fait de la recherche dans toutes les régions du Québec et de façon vraiment très intéressante. Et je pense que c'est au bénéfice de la population, parce qu'on a de plus en plus des médecins qui ont, si je peux me permettre l'expression, les pieds dans la communauté dans laquelle ils vont travailler.

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

Mme Gaudreault: Il reste combien de temps?

Le Président (M. Sklavounos): 3 min 30 s.

● (21 h 40) ●

Mme Gaudreault: Trois minutes. Bien, je voudrais juste ajouter que ce n'est pas par hasard s'il y a un campus clinique de l'Outaouais affilié à McGill à Gatineau, parce que j'ai fait mention tout à l'heure du statut particulier, et il y avait des mesures qui étaient souhaitées pour, comme le ministre l'a mentionné tout à l'heure, faire de la rétention. Et, chez nous, c'est une problématique de tous les instants, et ce campus clinique là va vraiment favoriser, comme vous l'avez mentionné, l'implantation. C'est 20 millions de dollars, à chaque année, récurrents. J'ai vu Mme Verreault tout à l'heure dans le fond de la salle, puis elle était là au tout début, quand on a mis ça en place.

Et le campus santé, ce n'est pas seulement le campus clinique de l'Université du Québec en Outaouais, mais c'est aussi des programmes préhospitaliers, des programmes en inhalothérapie, des programmes d'infirmières IPS. On a vraiment misé sur la formation en santé dans la région de l'Outaouais pour assurer la rétention, parce que, ce n'est pas une blague, on a beaucoup de notre personnel qui va travailler en Ontario pour toutes sortes de raisons qu'on ne connaît pas. Et, pour nous, la formation, c'est crucial, puis je pense que c'est... Il faut vraiment saluer l'initiative du ministre et du ministère de déployer l'enseignement et non pas concentrer ça seulement à Montréal où il y a les principaux centres hospitaliers spécialisés.

Alors, moi, je suis très heureuse, à titre de députée de la région de l'Outaouais, de pouvoir être dans une formation politique qui croit en la formation dans les différentes régions et non pas seulement dans les grands centres. C'était juste mon petit éditorial, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. Il reste 1 min 30 s, mais je crois comprendre que la députée de Jeanne-Mance—Viger veut commencer avec un petit peu plus de temps, alors je vais aller de l'autre côté. Mme la députée de Taschereau, la parole est à vous.

Mme Maltais: Oui, M. le Président. Pour continuer sur le débat de tout à l'heure, le fameux rapport, finalement, de l'Ordre des pharmaciens s'adresse aussi au gouvernement du Québec. Donc, eux, ils ont réussi à déceler qu'il y avait des choses que pouvait faire le gouvernement du Québec. La recommandation 5 dit qu'«au niveau provincial le ministre de la Santé désigne une entité ayant pour mandat de coordonner la gestion des ruptures et les informations nécessaires lors de ruptures de médicaments». Ça aurait pu être fait il y a déjà deux ans. Maintenant, est-ce que le ministre a évalué cette recommandation et quelle est l'entité qu'il pourrait désigner?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, d'ailleurs, dans le rapport, l'Ordre des pharmaciens et le Collège des médecins félicitent le ministère pour avoir mis en place très rapidement une cellule de crise dans la crise récente des ruptures de médicaments. Ce qu'eux autres proposaient, dans un premier temps, c'était d'avoir au ministère encore cette cellule de crise qui pourrait évoluer vers une cellule permanente de façon à pouvoir surveiller et mettre en place les mécanismes pour éviter les ruptures de médicaments. Et, oui, on a l'intention de travailler avec la Régie de l'assurance maladie du Québec pour voir... pour mettre en place des mécanismes pour éviter ces ruptures. Mais c'est certain qu'il y a un travail de fond à faire, il y a un travail à faire avec Santé Canada.

Également, une des recommandations intéressantes du rapport, c'est celle que les compagnies devraient annoncer une année à l'avance la rupture de médicament de façon à ce qu'on puisse avoir des alternatives ou s'organiser pour qu'on puisse les faire fabriquer autrement. Donc, c'est la façon dont on le voit.

Mais on a reçu le rapport lundi, ils me l'ont présenté la semaine dernière. Je leur ai donc dit que j'étais très favorable à leurs recommandations. Mais là, pour le moment, ce qu'on veut, c'est vraiment s'assurer que la crise actuelle passe, et on va en profiter pour mettre en place des mesures structurantes pour éviter qu'il y ait des ruptures de médicaments. Mais un des éléments importants, puis je tiens à le répéter, c'est que les ruptures ponctuelles qu'il y a eu au cours des dernières années, ça a souvent été des ruptures qui n'étaient pas seulement qu'au Québec. C'était partout au Canada et même en Amérique du Nord.

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

Mme Maltais: M. le Président, le 20 mars, j'ai posé la question au ministre et je lui ai demandé s'il pouvait contraindre, par le biais de la législation existante, les fabricants à informer plus rapidement les ruptures de stock. Je le lui ai demandé le 20 mars. Aujourd'hui, un mois plus tard, il y a un rapport qui lui dit la même chose que je lui ai dite il y a un mois, quelque chose qu'il aurait pu envisager il y a deux ans, mais il a refusé d'assumer son leadership à l'époque. Alors, ça, c'est pour la recommandation 5. Dans cette recommandation-là, on lui demande de désigner une entité ayant pour mandat de coordonner. Je répète ma question: Est-ce que le ministre envisage de désigner une entité? Est-ce que ce sera la RAMQ? Peut-être. Mais est-ce qu'il se dirige vers l'approbation de cette recommandation-là? J'essaie de faire le suivi du rapport. Je ne voudrais pas qu'il aille sur une tablette, alors j'essaie de voir est-ce que...

La recommandation 6, c'est conjointement avec le fédéral: «Que les politiques gouvernementales fédérales et provinciales comportent des incitatifs à produire les médicaments en rupture ou moins rentables.» Qu'est-ce qu'il va faire de cette recommandation? Il y en a une autre, recommandation 7: «Que les contrats d'achats et les ententes de remboursement prévoient des incitatifs à l'approvisionnement continu et pénalisent les ruptures d'approvisionnement.»

Ça, là, tout ça, là, c'est dans le giron québécois. Il y a deux ans, là, au lieu de s'en remettre aux ordres professionnels qui n'ont pas pour mandat de gérer les ruptures de médicaments, qui ont pour mandat de protéger le public et de vérifier la qualité des soins qui sont donnés, s'il avait exercé son leadership au lieu de se retirer du dossier, il aurait pu mettre... examiner ce type de choses et ce type de mesures et il aurait pu peut-être les mettre en place. Mais là aujourd'hui, là, qu'il y ait quelqu'un d'autre qui lui a mis, là, dans la face qu'il y a des choses à faire au Québec aujourd'hui, qu'est-ce qu'il va faire de ces recommandations?

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

M. Bolduc: M. le Président, le Parti québécois, je pense qu'il n'était pas habitué à travailler en collaboration avec les différents groupes. Je suis allé rencontrer à plusieurs reprises l'Ordre des pharmaciens. On a discuté avec l'Association des pharmaciens d'établissements de santé qui ont eu, en grande partie, à gérer la crise. Je m'attendais à ce qu'un moment donné il y ait des recommandations. Je les ai rencontrés, ils m'ont fait part du rapport avant de le sortir.

Le rapport est sorti lundi, cette semaine. Donc, on n'est pas des impulsifs que, du jour au lendemain, on va dire qu'on va tout faire ça comme ça, comme ça. On va prendre connaissance du rapport. J'ai dit que j'endosserais la presque totalité des recommandations. Après ça, on va regarder comment faire la mise en oeuvre, mais il doit y avoir des discussions parce que, dans le rapport, il en fait mention. Il faut aussi discuter du côté de Santé Canada et puis de travailler en collaboration avec eux autres. Je sais que le Parti québécois, le mot «collaboration», ce n'est pas tout à fait souvent dans leur cour, mais, nous autres, on va travailler et avec l'Ordre des pharmaciens et avec la Régie de l'assurance maladie du Québec,

avec le Collège des médecins. On va travailler également avec Santé Canada pour mettre en place des mesures qui sont structurantes.

Et il y a des mesures également que même l'ordre reconnaît que ce ne sont pas des mesures faciles à mettre en place et qu'il y a des mécanismes qu'il faut qu'on découvre ensemble. C'est un excellent rapport, nous avons l'intention de le mettre en oeuvre, mais, lorsqu'on arrive puis on nous pose la question le mercredi sur un rapport qui est sorti le lundi, il y a une réflexion à faire puis il y a également du travail de fond à faire. Donc, c'est là que nous sommes rendus, et ce n'est pas parce qu'on n'assume pas notre leadership. C'est tout simplement parce qu'on sait comment ça fonctionne puis on n'est pas des impulsifs qui refont 10 fois la même affaire. Regardez tous les dossiers qui ont été réglés au cours des dernières années, c'est des dossiers que le Parti québécois ne s'était même jamais préoccupé de ça, que, nous autres, on est en train de régler.

Donc, c'est pour ça qu'on est moins en crise que dans les années 95, 98. C'est parce qu'on en a fait beaucoup et on va continuer à en faire.

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

Mme Maltais: Pourquoi le ministre a-t-il fait le choix, il y a deux ans, de céder le pas aux ordres professionnels?

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

M. Bolduc: Parce qu'il y a des ruptures de médicaments. L'approvisionnement de médicaments au Canada est par Santé Canada, et, les ruptures de médicaments, c'était une pénurie d'ingrédients qui, souvent... C'était au niveau mondial et en Amérique du Nord, et le Québec n'est pas déconnecté du reste de la planète. La raison, c'est celle-là. Également, lorsqu'on met des mesures structurantes en place, il faut faire également la réflexion.

Et la députée, elle voudrait toujours qu'on agisse très rapidement, de façon impulsive. Bien, ça a fait des projets comme vous avez eus dans le passé, où est-ce que ça n'a pas accouché de rien, tandis que, nous autres, on les fait bien et on les accouche de façon adéquate.

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

Mme Maltais: M. le Président, j'ai demandé au ministre pourquoi il a cédé le pas, pourquoi il n'a pas exercé son leadership et il a cédé le pas aux ordres professionnels. Vous savez, la grippe, ça existe partout, ça ne nous empêche pas d'avoir un programme de vaccination au Québec. La réponse qu'il nous soumet à l'effet que les pénuries, ça existe ailleurs, on le sait. Mais ça s'adonne qu'on a une Assemblée nationale et un gouvernement du Québec et qu'on a un ministère de la Santé et des Services sociaux.

Donc, il y a deux ans, il refuse de nous dire qu'il a eu une courte vue, il a eu une courte vue et qu'il n'a pas exercé le leadership nécessaire qui aurait permis d'avoir en place les organisations et les mécanismes pour gérer la pointe, la crise qui est arrivée et pour appuyer nos établissements et surtout les pharmaciens d'établissement, les pharmaciens privés qui ont travaillé chacun de leur côté, seuls, sans l'aide de l'entité qui aurait pu être mise sur place. Recommandation 5.

Ça ne vient pas d'arriver, là. Il y a deux ans, vous auriez pu le regarder. Sans avoir des incitatifs à produire des médicaments en rupture au moins rentables, ce qui va s'avérer important pour l'avenir, et sans avoir révisé les contrats d'achats et les ententes de remboursement pour qu'elles prévoient des incitatifs à l'approvisionnement et pénalisent les ruptures d'approvisionnement. Ça a pris le leadership des ordres pour réussir à travailler. Si tout le ministère s'était mis à la tâche, peut-être que ça aurait été plus rapidement. Ça fait que, quand arrivent des pointes et des pénuries de médicaments, on aurait eu entre les mains les outils pour mieux travailler puis pour aider notre monde. C'est ça, la vérité et c'est ça qui vient d'apparaître ce soir dans cette étude de crédits.

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

● (21 h 50) ●

M. Bolduc: Bien, M. le Président, je suis toujours étonné de la pensée magique de l'opposition qui, lorsqu'il y a une crise qu'eux autres mêmes n'avaient jamais été capables de gérer dans le passé... qu'ils font des reproches aux autres. Mais ce qui est important, c'est qu'on a travaillé avec les ordres professionnels, on travaille très bien avec eux autres. On travaille également avec nos partenaires de l'industrie pharmaceutique, et il y a des mesures qui, oui, doivent être prises, mais la députée mélange une crise qui s'est vécue récemment au niveau d'une compagnie pharmaceutique qui approvisionnait un ensemble de provinces et également une partie des États-Unis par rapport à des ruptures ponctuelles de produits sur lesquels il y avait possibilité d'avoir des substitutions, et les solutions ne sont pas toujours les mêmes.

Et la députée, de façon facile, a toujours tendance à faire le blâme, mais, à ma connaissance, le Parti québécois... Bien, des ruptures de médicaments, ça fait des grandes périodes que ça existe, et le Parti québécois ne s'en était jamais préoccupé auparavant. Mais on va s'en occuper, on va continuer à faire le travail qu'il faut et on va le faire, en passant, avec les ordres professionnels, on va le faire avec nos partenaires. On ne travaillera pas de façon dictatoriale comme le recommande la députée de Taschereau; on va travailler en partenariat avec eux autres.

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

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Je pense que c'est suffisant. On a tous compris qu'il y a eu une belle occasion ratée.

Je voudrais parler du calcul du coût de la règle des 15 ans. Chaque année, dans le livre des crédits, il y a le montant qui est transféré du fonds consolidé vers le Fonds de l'assurance médicaments. Cette année, le montant qui sera versé sera de 173,8 millions. Ce montant-là, c'est qu'il existe ce qu'on appelle au Québec communément le BAP 15, c'est-à-dire qu'on protège les médicaments d'origine pendant 15 ans, on protège le brevet pour leur permettre de rentabiliser la recherche, et, ensuite, les médicaments génériques peuvent s'installer au Québec. Comme ça a un coût pour le Québec d'utiliser des médicaments d'origine, ça a un coût pour les contribuables québécois, ils sont plus chers que les génériques, il y a une entente, qui s'est élaborée à notre époque, qui voulait que le fonds consolidé du revenu compense le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le prix de ces médicaments d'origine. C'est une façon de permettre que le BAP 15 tienne au Québec pour permettre d'encourager l'industrie pharmaceutique. Je sais qu'il y a des gens qui parlent de revoir cela, mais, pour le moment, c'est ce qui est sur la table.

Si je regarde les montants qui ont été alloués depuis les années 2002, 2003, 2004, ça a commencé par 10 millions; ça a monté, 30 millions, 41, 76, 161, 193 en 2011-2012, et l'estimation, pour 2012-2013, est de 173,8 millions. L'an dernier, c'était quand même 193 millions. Quand on a posé la question au ministre des Finances, qui était: Il y a des années, le montant est reconduit; comment analysez-vous ce montant d'année après année? On a appris qu'il n'y avait pas de réévaluation. Et c'est que le ministère des Finances prenait tout simplement le montant qui lui provenait du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, comment se calcule le montant du ministère de la Santé et des Services sociaux? Est-ce que c'est une estimation ou si c'est un chiffre qui provient de la RAMQ?

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

M. Bolduc: M. le Président, c'est un chiffre qui vient de la RAMQ, puis on va demander à M. Guy Simard de venir nous expliquer comment se fait le calcul.

Le Président (M. Sklavounos): ...j'ai le consentement. Alors, M. Simard aura la parole dès qu'il aura pris le temps de se présenter avec son titre. Par la suite, la parole sera à lui.

M. Simard (Guy): M. le Président, mon nom est Guy Simard. Je suis directeur de l'actuariat de l'analyse de programmes à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le Président (M. Sklavounos): La parole est à vous, M. Simard.

M. Simard (Guy): Alors, si j'ai bien compris la question de Mme la députée, elle voulait savoir comment sont calculés les chiffres qui apparaissent pour la règle du 15 ans. Effectivement, vous n'êtes pas sans savoir que la règle du 15 ans, c'est lorsqu'effectivement un produit innovateur est sur le marché et qu'il arrive un produit générique. On va conserver, pendant quelques années, jusqu'à 15 ans, une priorité ou une... la consommation de ce médicament-là.

Alors, comment est calculé... Donc, effectivement, il y a un coût à ça. Alors, année après année, on regarde quels sont les médicaments, effectivement, qui sont sur cette règle-là. Il y en a qui sont effectivement sur cette règle-là. C'est notre première évaluation, c'est assez factuel. On prend ceux qui bénéficient de la règle, on compare au prix du médicament générique puis on le multiplie par le volume. Premier chiffre, puis cette estimation-là est complétée par ce qu'on anticipe.

Évidemment, lorsqu'on fait l'évaluation en, par exemple, 2010-2011 ou 2011-2012 pour l'exercice 2012-2013, on prend qu'est-ce qu'on pense qui va aller sur le marché pour le médicament générique qui s'en vient et quels sont les médicaments, à ce moment-là, qui bénéficieront de la règle du 15 ans et quel va être le volume. Donc, ces montants-là, qu'on a évalués, que vous avez mentionné tout à l'heure, dépendent effectivement de l'arrivée du médicament générique, donc de la fin du brevet. C'est comme ça que...

Donc, il y a deux grandes dimensions: ceux qui sont, effectivement, au cours d'une année, sous la règle du 15 ans et qu'on le sait et ceux qu'on anticipe. Et donc on fait les calculs sur les volumes anticipés pour les exercices et on les additionne.

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

Mme Maltais: Donc, puisque tout à l'heure on a entendu dire qu'il y avait, cette année, 67 médicaments qui étaient encore des médicaments d'origine...

M. Simard (Guy): Ceux-là sont... Ceux qui sont effectifs.

Mme Maltais: Ils sont effectifs actuellement.

M. Simard (Guy): Donc, on regarde ceux qui, effectivement, sont susceptibles de revenir... de devenir sous la règle du 15 ans et on enlève — j'ai oublié de vous dire ça — ceux qui vont... ne bénéficieront plus de la règle du 15 ans. Donc, il y a toujours des jeux d'entrées et de sorties.

Mme Maltais: M. Simard, en 2012-2013, vous évaluez qu'il y en aura pour 173,8 millions. C'est pour combien de médicaments? Est-ce que c'est pour les 67 médicaments dont on parlait tout à l'heure?

M. Simard (Guy): Ceux-là qui sont la règle et ceux qui sont anticipés. Il y a environ quelque...

Mme Maltais: 67 médicaments seulement sur...

M. Simard (Guy): Sur 6 400 qui sont à...

Mme Maltais: Sur 6 400?

M. Simard (Guy): Oui.

Mme Maltais: Vont coûter 173 millions de dollars?

M. Simard (Guy): C'est-à-dire, non, ils vont... La règle du 15 ans, selon les principes que je vous ai indiqués, devrait nous coûter plus cher de 173 millions.

Mme Maltais: Devrait coûter plus cher de 173 millions, cette règle...

M. Simard (Guy): Bon, c'est conjoncturel. Oui, ça a augmenté pendant plusieurs années, hein, vous l'avez dit, jusqu'à 193, et ça commence à descendre et, ça, c'est conjoncturel à l'arrivée, il y a quelques années, de plusieurs médicaments innovateurs sur le marché, dont les brevets tombent à échéance, et les génériques vont apparaître. Donc, il y aura effectivement, au cours des prochaines années, encore un montant, mais en diminution.

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

Mme Maltais: Nous avons déjà la liste... Dans le cahier des crédits, nous avons déjà la liste des 67 produits qui sont protégés par la règle des 15 ans. Est-ce qu'il serait possible pour l'avenir... pas pour maintenant, là, je ne vous demanderai pas ça ce soir, mais pouvez-vous me donner le coût pour chacun? Est-ce que c'est possible? Est-ce qu'on peut nous donner aussi à peu près le volume? Qu'on comprenne, nous aussi, là, les parlementaires, jusqu'à quel point ce transfert va baisser. Parce qu'on sait qu'il y a des médicaments à grand volume qui vont disparaître très bientôt de la règle des 15 ans. Donc, les génériques vont entrer en force sur le marché.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste trois minutes, M. Simard. Allez-y.

M. Simard (Guy): Bien, effectivement, ces chiffres-là sont des chiffres, là... C'est factuel. C'est un calcul actuariel qui permet d'arriver effectivement à ces chiffres-là. Donc, pour ceux qui sont factuels, c'est assez évident, là, on a le prix de l'innovateur, le prix du générique et le volume anticipé. Alors, c'est...

Mme Maltais: Alors, est-ce possible de les transmettre aux membres de la commission pour... Ce n'est pas pour le débat ce soir, mais pour le... parce que ça va faire partie... Croyez-moi, M. le Président, là, ce n'est pas anodin. C'est parce que la règle des 15 ans, elle est très questionnée, et ça permet d'avoir une bonne... dans le débat qu'on va avoir entre parlementaires, c'est intéressant, pour les gens, de bien comprendre, là, l'impact réel de la règle des 15 ans sur le coût des médicaments au Québec.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, est-ce que...

Mme Maltais: C'est un peu parfois... Des fois, il y a des gens qui font beaucoup de tapage autour de ça. Moi, j'aimerais ça, là, qu'on ait du factuel puis qu'on puisse s'entendre là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, est-ce que j'ai un engagement de la part de M. le ministre que ces données seront envoyées au secrétariat de la commission pour les membres?

M. Bolduc: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Il reste deux minutes. Mme la députée de Taschereau. Allez-y.

Mme Maltais: Il reste deux minutes?

Le Président (M. Sklavounos): Deux minutes, puis, après ça, votre dernier bloc, il est un petit peu plus court.

Mme Maltais: O.K. Alors, on peut le reporter sur le dernier bloc, tout simplement. En deux minutes, là...

Le Président (M. Sklavounos): Votre choix.

Mme Maltais: Je vous remercie, M. Simard.

Le Président (M. Sklavounos): Votre choix. Je vais me tourner du côté des ministériels et je vais céder la parole à Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, la parole est à vous.

● (22 heures) ●

Mme Rotiroti: Merci, M. le Président. Ma question va porter sur les plans régionaux d'effectifs médicaux, qu'est-ce qu'on appelle les PREM. Alors, les PREM en médecins de famille et en spécialité permettent au ministre de déterminer, pour chaque région administrative au Québec, un site de recrutement des médecins de famille et de médecins en spécialité visant à répartir équitablement l'ajout d'effectifs en médicaux, un élément d'autant plus important dans le contexte où nous sommes en pénurie d'effectifs. Ces plans sont revus chaque année en fonction des écarts observés entre les effectifs en place et les besoins à combler dans chaque région. Ils tiennent compte de la mobilité des médecins déjà en exercice et du nombre attendu de nouveaux médecins, puis les PREM entrent en vigueur le 1er décembre de chaque année.

Le ministre de la Santé a annoncé, il y a quelques semaines, un nombre important de nouveaux postes qui seront disponibles pour les jeunes médecins dans les différentes spécialités médicales. C'est ça qu'on appelle, évidemment, les PREM, ou les prévisions régionales d'effectifs médicaux.

Est-ce que le ministre pourrait nous expliquer davantage la raison d'être de ces plans instaurés sur notre gouvernement, évidemment, et comment vous décidez... ou quels critères vous servez-vous de répartir les médecins d'une région à une autre?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je vais d'abord expliquer les principes généraux, puis on complétera avec le Dr Rodrigue.

Historiquement, les gens, dans les différents systèmes de santé, ont des problèmes à répartir les effectifs médicaux. La plupart des gens veulent rester dans les grandes villes ou dans les endroits où est-ce qu'il y a une grande population, ce qui nous met des pénuries dans les régions périphériques. Ainsi, si vous allez en Ontario, vous avez plusieurs médecins à Toronto et à Ottawa, mais vous avez des pénuries de médecins majeures dans le nord de l'Ontario, à Sudbury. Et, compte tenu que c'est sur une base volontaire, bien, les gens s'installent où eux autres veulent s'installer et non pas en fonction des besoins des patients et des populations. Et c'est ça qui devient important. Que vous habitiez n'importe où, vous devriez être en droit de recevoir des services, mais, entre autres, tout dépendant de votre population, l'organisation des services va faire que vous allez avoir besoin de certaines spécialités et d'un certain nombre de médecins de famille.

Au Québec, nous sommes la seule province qui gère ses effectifs médicaux pour qu'ils soient bien répartis sur les territoires, ce qui veut dire... C'est qu'à chaque année on a un certain nombre de finissants dans différentes spécialités et en médecine de famille. Et on a ouvert des postes selon l'organisation de ces services en fonction des besoins de population. Donc, on ne peut pas en installer plus que ce qu'il y a de besoins. Ce qui fait que, lorsque le plan d'effectifs, mettons, est à quatre orthopédistes, bien, il n'y aura pas cinq orthopédistes, ça fait que les orthopédistes qui sortent doivent aller se pratiquer ailleurs. Quand on pratique de cette façon-là depuis 20 ans, on a réussi un exercice... un tour de force: réussir à avoir une certaine répartition des médecins de façon équitable sur tout le territoire, tant au niveau des spécialités qu'au niveau des médecins de famille.

Au niveau des spécialités, tout dépendant de la grosseur de l'établissement, de la desserte de type de population, on va déterminer les types de spécialités qui vont aller là. Je vais vous donner un exemple: en Abitibi, l'orthopédie est à un seul endroit, elle est à Amos; vous allez avoir la cardiologie qui va être à Val-d'Or. Donc, les différents établissements d'Abitibi se sont repartis les spécialités, et, à ce moment-là, lorsqu'un médecin veut aller pratiquer en orthopédie en Abitibi, il doit nécessairement aller à Amos. Donc, on a réussi, après plusieurs années, à avoir une bonne répartition des médecins sur le territoire. Actuellement, en spécialités, on voit poindre que, dans la majorité des spécialités, nous sommes en équilibre. Il y a eu quelques spécialités, à des endroits, qu'il y a des pénuries.

La médecine de famille, il y a deux ans, on a accordé plus de postes dans la Montérégie et également dans les régions des Laurentides, Laval, Lanaudière, parce que, quand on a regardé les besoins de la population, il y avait une plus grande pénurie, et ça nous a permis de rééquilibrer les effectifs médicaux.

C'est intéressant, parce que, moi, ce que je peux dire, c'est qu'au Québec, on est l'endroit qu'on a fait la meilleure répartition des effectifs médicaux au Canada. Ce qui fait que la plupart des endroits reçoivent des services. Ce que ça a eu comme impact, c'est que la pénurie a été répartie de façon équitable entre toutes les régions, donc on n'a jamais eu des régions qui étaient en surplus de façon marquée. Mais, avec l'arrivée des nouveaux médecins au cours des prochaines années, on est capables d'atteindre l'équilibre pour répondre aux besoins de la population.

Je pense que Dr Rodrigue veut compléter, là. Il travaille beaucoup, beaucoup là-dedans.

Le Président (M. Sklavounos): Sur le même consentement, Mme la députée de Taschereau? Dr Rodrigue, allez-y.

M. Rodrigue (Jean): Oui. Dans les faits, les critères sur lesquels on se base, bien sûr, le premier, c'est les besoins de la population. Alors donc, du côté des omnis, par exemple, on procède à des calculs pour regarder quels sont les ratios médecins de famille-population sur le territoire.

On regarde aussi... Vous savez que les omnipraticiens ont une pratique importante à l'hôpital, que ce soit l'urgence ou auprès des patients hospitalisés. On regarde aussi les masses critiques qu'il doit y avoir pour assurer des équipes à l'urgence et des équipes au niveau des... pour s'occuper des patients hospitalisés.

Alors donc, un, les besoins de la population, deux, la nécessité d'assurer des services partout. Dans les régions qui... où la population est moins grande, ça prend quand même un certain nombre de médecins pour assurer la garde, pour assurer les services. Alors donc, besoins de la population, masse critique.

Du côté des médecins spécialistes, on procède un peu de la même façon, mais c'est un peu plus complexe parce que l'organisation des services médicaux peut varier d'une région à l'autre. Alors, dans des endroits, par exemple, on peut décider qu'on va avoir surtout des cardiologues ou des néphrologues et on va avoir moins d'internistes. Alors donc, on ne peut pas vraiment calculer un ratio comme on calcule auprès des médecins omnipraticiens.

Alors, on s'est basés beaucoup plus sur, je dirais, l'historique de chaque établissement et les équipes médicales, autant en médecine qu'en chirurgie. Alors donc, on regarde les équipes, encore là, toujours en fonction de la taille de la population.

Le premier critère, c'est toujours de s'assurer qu'une population donnée d'une taille donnée ait accès aux services de base pour cette taille-là. Alors, c'est sûr qu'on ne mettra pas un chirurgien cardiaque dans une ville de 30 000 personnes. Alors donc, on module l'offre de services médicaux spécialisés en fonction de la taille de la population. Et là, lorsqu'on arrive à des spécialités plus pointues, plus... de soins tertiaires, bien là, on regarde le territoire... un territoire plus régional ou suprarégional pour faire ça.

Donc, essentiellement, ce sont ces... Dans le cas des médecins spécialistes, il y a donc, encore là, les besoins, la masse critique de médecins. On essaie qu'il n'y ait pas uniquement deux néphrologues, mais qu'il y en ait peut-être quatre ou cinq à certains endroits et on regarde aussi le niveau de service.

L'élément le plus... Du côté des omnipraticiens, on procède avec des PREM depuis un certain nombre d'années. On a raffiné le modèle. Mais je dirais que l'innovation la plus importante est beaucoup plus du côté des services spécialisés dans... Et plus particulièrement depuis deux ou trois ans, sous l'égide du ministre Bolduc et aussi de mon prédécesseur, Dr Bureau, on a implanté une planification quinquennale des effectifs médicaux spécialisés, ce qui fait que... Cette planification quinquennale là nous permet de voir comment vont se développer les effectifs médicaux dans chacune des régions pendant les prochaines années. On a tout le temps un souci, comme le ministre l'a mentionné, qu'il y ait une répartition équitable des médecins.

Mais cette planification quinquennale a ceci d'intéressant qu'elle nous renseigne non seulement sur les besoins actuels, mais aussi sur les besoins futurs. Le ministre y a fait allusion tout à l'heure en disant qu'on commence à réaliser, actuellement, qu'il y a peut-être... il y a peut-être, hein, trop de chirurgiens orthopédistes, trop de chirurgiens généralistes, il n'y a sûrement pas assez d'hémo-oncologues, pas assez de gériatres. Et donc cette première planification quinquennale est en train de nous... non seulement de nous renseigner, nous, mais on est capables maintenant de dire aux étudiants en médecine: Bien, voici ce vers quoi vous devriez aller.

L'autre élément qui est intéressant par rapport à ça, c'est qu'il y a un développement des services de santé qui pointe à l'horizon, hein? On n'est pas dans un système statique. Les deux... Les CHU à Montréal vont amener des masses de médecins importantes. Il y a un hôpital à côté, l'Hôpital Notre-Dame, qui va avoir besoin aussi d'une équipe médicale. Alors donc, on est capables, avec cette planification quinquennale, d'anticiper nos besoins pour l'avenir non seulement pour les futurs médecins, mais de dire: Bon, on va peut-être avoir besoin plus d'hémo-oncologues ou on va avoir besoin peut-être plus, parfois... Par exemple, on peut se poser des questions sur la chirurgie thoracique oncologique, actuellement, où on peut se dire: Bien, peut-être que, dans le fond, on a besoin d'un petit peu plus de chirurgiens oncologiques si on les répartit bien, si on les met aux bons endroits. Et donc il y a un message à envoyer aux étudiants, il y a un message à envoyer aux universités là-dedans.

Dernier point, puis je vais terminer là-dessus: ce qui est assez unique, je dirais, au Canada, c'est que tout cet exercice-là est fait par le ministère, mais en collaboration avec les fédérations médicales, en collaboration avec les établissements puis en collaboration avec les facultés de médecine. Et cet exercice... C'est donc un mouvement commun, c'est donc une oeuvre commune, dont, bien sûr, je pense que la... Et je pense que, dans le cas de la planification quinquennale, le mérite en revient, là, pour l'avoir conçue, au Dr Bureau puis à M. Bolduc. Mais, je pense, c'est vraiment unique en Amérique du Nord d'avoir ce type de planification là qui nous permet non seulement de voir ce qu'on a besoin comme docteurs maintenant, mais ce qu'on va avoir besoin dans le futur.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Rodrigue. Il reste encore neuf minutes dans ce bloc ministériel. M. le député des Îles.

● (22 h 10) ●

M. Chevarie: Merci, M. le Président. D'ailleurs, je salue le Dr Rodrigue que... j'ai eu le plaisir de travailler avec lui. Pardon?

M. Rodrigue (Jean): D'engager, à un moment donné.

M. Chevarie: Oui, c'est ça, il y a quelques années, dans le réseau dans la santé où, justement, on avait comme mandat de travailler sur les équipes médicales aux Îles-de-la-Madeleine puis les plans d'effectifs médicaux. Alors, ça a été très intéressant et j'ai bien apprécié le service, Dr Rodrigue.

Par rapport au PREM, le plan régional d'effectifs médicaux, est-ce que c'est un modèle assez unique au Québec ou est-ce qu'on retrouve ce type de modèle d'organisation médicale, c'est-à-dire d'identification de nombre d'effectifs médicaux, tant au niveau des spécialités que dans l'omnipraticque, ailleurs au Canada?

Le Président (M. Sklavounos): Dr Rodrigue.

M. Rodrigue (Jean): Oui. Je demandais à mon patron s'il me permettait de répondre.

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

M. Bolduc: Oui, le Dr Rodrigue va donner la bonne réponse.

Le Président (M. Sklavounos): Vous avez la permission, Dr Rodrigue. Vous avez le consentement des membres également.

M. Rodrigue (Jean): Merci.

Une voix: C'est vous, le patron, ici...

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

M. Rodrigue (Jean): Tout est dans le fait d'avoir des bons patrons, hein? Alors, après ça, c'est un plaisir.

Je pense qu'effectivement on est une des seules provinces, sinon on pourrait dire un des seuls pays, qui offrent... qui a une planification aussi importante que ça, autant au niveau des omnipraticiens que des spécialistes. Je pense qu'il y a très peu de comparaisons, que ce soit... Quand je regarde ailleurs au Canada, il n'y a pas de provinces qui ont un système aussi sophistiqué que le nôtre.

Et il faut le dire aussi, qu'il y a un mélange d'incitatifs et de petits désincitatifs, parce que, il faut bien le dire, c'est surtout un système incitatif, le système de PREM au Québec. Il y a déjà eu des désincitatifs qui ont disparu maintenant, à toutes fins pratiques. Alors, c'est sûr que, quand tu n'as pas de poste pour t'installer à Montréal puis que tu veux t'installer à Montréal, on peut dire que c'est un certain désincitatif. Et, dans les faits, c'est un système incitatif et c'est un système qui vise une répartition.

Vous savez que, dans le cas des omnipraticiens, on offre à peu près un poste pour un candidat au Québec. Dans le cas des spécialistes, au niveau de la planification quinquennale, on offrait 1,15 poste par médecin spécialiste. Alors donc, c'est un système qui fait en sorte qu'il ne reste pas trop de postes vacants qui feraient en sorte que les gens pourraient s'engouffrer dans les régions urbaines ou des choses comme ça. Alors donc, c'est un système qui est assez unique, effectivement.

Les autres provinces se sont beaucoup... Au cours, je dirais, des dernières décennies, les provinces ont beaucoup utilisé les médecins étrangers comme mesure. Et, par exemple, si, dans certaines provinces, tu es un médecin étranger puis tu veux t'installer, tu ne réussiras pas nécessairement à t'installer dans la capitale, mais tu vas devoir t'installer ailleurs. Alors donc, les pressions ont été beaucoup plus faites sur les médecins étrangers ou encore les médecins qui venaient d'une autre province, tandis que, nous autres, au Québec, ça a été vraiment un choix de société, si je peux dire.

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

M. Chevarie: Oui.

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

M. Bolduc: J'aimerais compléter parce que... Je vais vous donner un exemple: en Ontario, qui... dans lequel... On compare toujours notre système avec l'Ontario. On est les deux provinces les plus similaires. Ils viennent de commencer la régionalisation. Et puis également, en Ontario, c'était chacun des établissements qui était responsable de ses propres affaires et ils n'avaient pas pensé à faire de planification. Et puis, moi, j'ai travaillé, quand j'étais en Abitibi-Témiscamingue, un peu dans le nord de l'Ontario, à Kirkland Lake, et on me dit aujourd'hui qu'à Kirkland Lake ils ne sont plus capables de recruter de médecins parce qu'il n'y a pas eu cette planification des effectifs médicaux. Mais le Québec, il a été innovateur, et ce qu'on entend, c'est que, dans les autres provinces, les médecins ne l'accepteraient pas, ça, actuellement. C'est vraiment, là, quand on rencontre nos partenaires, là... et, moi, les autres collègues ministres de la santé, puis que je leur dis la façon dont je fonctionne... qu'on fonctionne au Québec. Ce qu'ils nous disent, c'est que, dans les autres provinces, c'est impossible même à penser à le faire parce que, tout simplement, les gens veulent préserver, à ce point, l'autonomie. Sauf que, pour répondre à des besoins de population en termes de santé, notre système est définitivement le meilleur.

M. Rodrigue (Jean): Si je peux me permettre d'ajouter...

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, Dr Rodrigue.

M. Rodrigue (Jean): Encore là, c'est un ensemble de mesures, hein? Je veux dire, on a parlé tantôt des mesures incitatives, que les médecins ont une augmentation, par exemple, de leur rémunération quand ils vont en région. Mais on a aussi fait des unités d'enseignement en médecine familiale en région, on a aussi fait une délocalisation de l'enseignement, ce qui fait en sorte que le médecin qui va en région ne va plus dans un milieu isolé, il va travailler en groupe, il va avoir des facilités au niveau de l'hôpital, il va avoir des liens avec l'université. C'est des choses qui n'existaient pas il y a 40 ans.

Et les pratiques ont changé, mais... Les pratiques ont changé, mais, en même temps, le gouvernement s'est ajusté, hein? Moi, je parlais des îles tantôt. Puis, quand j'ai commencé à pratiquer, j'ai appelé mes copains qui étaient aux îles à ce moment-là — je ne vous dirai pas en quelle année — mais ils étaient trois puis ils ont dit: Écoute, il n'y a plus de place, aux îles, on est trois, il n'y a plus de place. Mais, si on avait continué avec ce système-là, il n'y aurait plus eu personne aux îles.

Alors, ce qu'on a fait, à un moment donné, c'est qu'on a dit: Ça prend une masse critique aux îles, alors ça prend... Là, maintenant, je pense qu'ils sont rendus 17 ou 18 omnipraticiens, si ce n'est pas plus. Il y a aussi des spécialistes qui se

sont joints à ça. Et donc c'est une équipe qui fait que les gens sont intéressés à aller travailler aux Îles parce qu'il y a un environnement. C'est le cas pour Sept-Îles, c'est le cas pour Baie-Comeau. Alors donc, il y a cet effort qu'on fait de créer des masses critiques de médecins, mais aussi d'infirmières, d'autres professionnels de la santé, qui fait en sorte que les gens sont intéressés d'aller en région. Alors, ça devient un défi professionnel, mais un lieu... un milieu d'apprentissage.

Alors, je pense que ça, il ne faut pas uniquement regarder une mesure, il y a plusieurs mesures qui ont été mises en place au cours des dernières années qui font en sorte que... Je dirais que le défi majeur, actuellement, ce n'est pas d'avoir assez de médecins aux îles, c'est d'avoir assez de médecins dans la Montérégie, dans les Laurentides ou Lanaudière où là il y a une explosion démographique et il faut amener plus de médecins.

Et là comment on va jouer avec le balancier entre la nécessité de maintenir des équipes fortes en régions et la nécessité d'avoir aussi des équipes suffisantes pour répondre aux besoins de la population dans les milieux périphériques aux grandes villes? Mais ça va bien pour le moment, en tout cas.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles, il reste 1 min 30 s environ.

M. Chevarie: 1 min 30 s? Ça sera peut-être plus un commentaire, puis vous pourrez réagir là-dessus. En fait, aux Îles, le plan d'effectifs, c'est 22 médecins omnipraticiens, je pense. Alors, c'est toute une différence avec ce que vous aviez connu au début.

Mais, moi, je me souviens qu'il y avait quand même eu une résistance, au début, de la part des médecins d'embarquer dans ce genre de système là. Mais c'est quand même assez surprenant que ça s'est vite inscrit dans la culture de faire confiance au plan régional d'effectifs médicaux et que, maintenant, c'est une méthode acquise et qui dessert, là, je pense, avec équité, le plus possible, l'ensemble des régions du Québec.

M. Rodrigue (Jean): Il y a quand même des défis, je ne veux pas les nier. Ce n'est pas simple parfois pour... puis vous me pardonnez de donner des exemples particuliers, mais ce n'est pas simple parfois pour une femme médecin de s'en aller dans des régions. Ce n'est pas simple parfois pour des gens d'une culture différente de s'installer dans une région comme telle. Et donc on peut comprendre qu'il y a un certain nombre de médecins qui voient cette... ce travail en région là comme un peu un irritant. Je veux dire, on ne peut pas se cacher qu'il y a des jeunes médecins, exceptionnellement, qui trouvent que les PREM ne sont pas vraiment intéressants.

Mais un jeune médecin qui sort, qu'est-ce qu'il veut? Il veut travailler puis il veut rendre service à la population. Et la meilleure chose qui peut arriver, c'est quand la population...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, Dr Rodrigue.

M. Rodrigue (Jean): ... — oui — c'est quand la population lui rend cette estime-là. Moi, vous savez, j'ai encore ma maison dans le milieu où j'ai commencé à pratiquer, même si ça fait 20 ans que j'ai quitté, parce que j'ai encore des relations intenses avec les gens qui sont là. Et je pense que cette reconnaissance-là, à la fois du médecin... mais de la communauté dans laquelle il vit, c'est ce qui fait que les gens restent. C'est ce qui fait que les gens restent à Saint-Jean, c'est ce qui fait que les gens restent à Saint-Hyacinthe et ailleurs.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Rodrigue. Merci. Merci. Alors, le temps pour ce bloc étant écoulé, je vais céder la parole au Parti québécois pour le reste, jusqu'à 22 h 30. Mme la députée de Taschereau.

● (22 h 20) ●

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Alors, dans un tout autre ordre d'idées, je sais que la RAMQ a une augmentation de 20 millions de dollars de budget cette année, et on nous indique, dans les cahiers de crédits, que ça vient du DSQ, du Dossier santé Québec. J'aimerais savoir si ce 20 millions de dollars là est composé en ressources humaines, en TI, et en quelles proportions c'est composé en ressources humaines, en TI. Est-ce que c'est... Est-ce que je peux avoir le nombre de ressources humaines? Et est-ce qu'elles sont à l'interne ou à l'externe?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Ça va être M. Richard Audet qui va venir répondre à cette belle question.

Le Président (M. Sklavounos): Sur le même consentement, collègues, M. Audet.

Mme Maltais: ...si les réponses sont brèves. Il nous reste 15 minutes, et on veut profiter de la présence de la RAMQ ici ce soir.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste encore moins que 15 minutes. Il reste environ 12 minutes. Allez-y, M. Audet.

M. Audet (Richard): Oui. Donc, l'augmentation, bien sûr, du budget pour la RAMQ, si on prend, globalement, pour la partie DSQ, donc on parle de 20,4 millions, tel que vous l'avez dans le livre des crédits. On peut répartir cette augmentation-là en trois strates.

La première strate, c'est l'amortissement, ça compte pour 43 % de l'augmentation, et je donnerai le détail tout à l'heure. La deuxième strate, c'est les services d'entretien et d'amélioration, donc c'est les services qui ont été livrés. Bien sûr, ça comprend de l'infrastructure, ça comprend des applications, et on prévoit qu'en cours de route, bien, il faut payer pour l'entretien, puis, normalement, on appelle au... on amène aussi des améliorations en cours de route. Souvent, c'est des corrections, des fois, c'est des... strictement, je vous dirais, c'est des services normaux d'entretien puis d'évolution, comme on a dans les budgets de la RAMQ de toute façon. Et la troisième strate, c'est des services qu'on appelle les services suivi des opérations et gestion des accès. Donc, ça compte pour 13 %. Donc, je résume: amortissement, 43 %; entretien et amélioration, 44 %; et suivi des opérations et gestion des accès, 13 %.

Je me permettrais peut-être d'amener l'amortissement, qu'est-ce que ça comprend. On comprend que, dans l'année, dans l'exercice financier qui s'est terminé pour 2011-2012, au 31 mars, on a un certain nombre de projets qui ont été terminés, et ce sont les projets terminés qui passent en amortissement, donc, pour une valeur de 8 millions — je vais vous donner le chiffre exact. Et ça comprend les projets du médicament qui sont considérés comme terminés, donc on est en entretien et évolution; amélioration: le registre des usagers, le registre des intervenants dans les projets fermés ou si on a le consentement; on a les services de localisation; on a l'infrastructure technologique, dans notre jargon, on l'appelle ITEC.

Et donc, essentiellement, les principaux projets qui ont terminé passent à l'amortissement. Donc, on a fait les provisions budgétaires pour être capables de payer l'amortissement. Après le projet, bien, il faut payer.

Mme Maltais: M. le Président, l'amortissement est sur combien d'années?

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

M. Audet (Richard): 10 ans.

Mme Maltais: L'amortissement est sur 10 ans. Est-ce qu'on pourrait avoir la liste, par écrit, de ces projets qui sont amortis sur 10 ans?

M. Audet (Richard): Tout à fait.

Mme Maltais: Ce serait possible de le déposer à la commission rapidement, parce qu'on... si vous l'avez déjà...

M. Audet (Richard): Oui. Je ne l'ai pas avec moi ici...

Mme Maltais: Mais demain peut-être pour qu'on puisse... si jamais on veut redébattre avec le ministre de ce sujet.

M. Audet (Richard): On pourrait vous la préparer pour l'avoir en fin de journée.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, il y a un engagement que ce document sera déposé demain. Merci. Continuez.

Mme Maltais: Dans le suivi des opérations, service d'entretien et amélioration, est-ce qu'il y a des ressources humaines en TI?

M. Audet (Richard): Oui.

Mme Maltais: Combien? Savez-vous?

M. Audet (Richard): On parle de 69 ETC au moment où on se parle.

Mme Maltais: 69 ETC. Parfait. La SOGIQUE, on sait que c'est 268 employés qu'on a appris qu'on va... quand le projet de loi va être adopté, vont être rapatriés au ministère Santé et Services sociaux. Au ministère, là, on sait qu'il y en a 69, ETC, pour le DSQ. Le ministère de la Santé et Services sociaux a combien d'ETC en TI?

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

M. Audet (Richard): Je ne peux pas répondre à cette question.

Mme Maltais: Merci, M. Audet.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, M. Audet.

M. Bolduc: On va demander à Mme Lise Verreault de vous répondre.

Mme Maltais: Oui. Je suis sûre qu'elle était impatiente de venir. Elle a été patiente toute la journée.

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Alors, on va permettre à Mme Verreault de faire une petite vérification avant de prendre place. Je crois qu'elle cherche un document.

Mme Maltais: ...remettre demain si jamais... Si jamais le chiffre n'est pas disponible, je peux attendre demain.

Le Président (M. Sklavounos): Je pense... J'ai entendu une feuille, alors...

Mme Maltais: On peut peut-être préparer la RAMQ aussi. J'aurais dû poser tout de suite la question à savoir combien il y a de... il y a de ressources, d'ETC en TI à la RAMQ.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, on a avec nous, à la table, Mme Verreault qui prendra la parole tout de suite après s'être présentée. Mme Verreault, allez-y.

Mme Verreault (Lise): Alors, au total, on a 153...

Le Président (M. Sklavounos): ...que vous vous présentiez...

Mme Verreault (Lise): Excusez-moi.

Le Président (M. Sklavounos): ...malgré qu'on vous connaît...

Mme Verreault (Lise): Excusez-moi.

Le Président (M. Sklavounos): ...alors, malgré le fait qu'on vous connaît.

Mme Verreault (Lise): Lise Verreault, sous-ministre associée au bureau de programme et à l'informatisation du réseau au ministère de la Santé.

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

Mme Verreault (Lise): Alors, au total, on a 153 employés, qui incluent les 39 employés du DSQ. Alors, pour toute la grande direction générale des TI au ministère, incluant l'équipe de DSQ qui est à Montréal, principalement, qui est de l'ordre de 39, on a 153 postes.

Mme Maltais: ETC. Merci, M. le Président.

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

Mme Maltais: Est-ce que les 94 employés de l'externe, dont vous nous avez parlé lors du projet de loi sur la SOGIQUE, sont en surplus de ces 153 ou sont à l'intérieur?

Mme Verreault (Lise): Non, c'est à l'intérieur.

Mme Maltais: C'est à l'intérieur. O.K. Et ce sont ces 94 qui normalement devraient disparaître à cause de l'absorption de la SOGIQUE?

Mme Verreault (Lise): Ce qu'on a dit, c'est que, pour le recrutement, ça va être plus facile d'utiliser les ressources de la SOGIQUE en donnant des mandats au personnel de la SOGIQUE plutôt que d'aller chercher des postes, des consultants à l'extérieur, parce qu'on va avoir l'expertise de la SOGIQUE disponible au ministère.

Mme Maltais: Donc, on va conserver les 153 postes au ministère?

Mme Verreault (Lise): Il peut... Non, il peut y avoir de l'optimisation, comme on a dit.

Mme Maltais: Des petites optimisations.

Mme Verreault (Lise): Oui. Bien, pas des petites, on en veut des bonnes.

Mme Maltais: Avez-vous un objectif? Donnez-nous-le, c'est le temps.

Mme Verreault (Lise): Ça va dépendre des mandats, O.K., parce que...

Mme Maltais: Ça va dépendre des mandats. Donc, vous ne savez pas si vous allez rester à 153, 100... Visez-vous quelque chose?

Mme Verreault (Lise): Pour l'instant, ce qu'on a de budgété...

Mme Maltais: Tout le monde est dedans?

Mme Verreault (Lise): ...dans les crédits, c'est 153 pour l'année 2012-2013.

Mme Maltais: O.K. Donc, 153 au ministère plus 268; à la RAMQ, on ajoute 69 ETC pour le DSQ. À l'Institut national de santé publique, il y a des TI, il y a des... il y a du personnel ou des contrats qui vont en TI?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise): Oui, effectivement.

Mme Maltais: Est-ce qu'on a une idée du nombre de personnel qui travaille là-dessus?

Mme Verreault (Lise): Je peux vous l'apporter demain.

Le Président (M. Sklavounos): Est-ce qu'il y a engagement...

Mme Maltais: Vous pouvez l'apporter, puis on aura celui de la RAMQ. J'essaie d'avoir une idée de...

Mme Verreault (Lise): Du ministère au total?

Mme Maltais: ...d'avoir une idée du ministère et des... donc, de ressources qui sont allouées aux technologies de l'information. Ça commence à être assez impressionnant. Mais, que voulez-vous, c'est le projet de loi sur la SOGIQUE qui nous a allumés là-dessus. Je vous remercie beaucoup. Il reste deux minutes?

Le Président (M. Sklavounos): Non, il reste quatre minutes.

Mme Maltais: Quatre minutes, quand même.

Le Président (M. Sklavounos): Quatre minutes.

Mme Maltais: Qu'est-ce qu'on pourrait faire avec ce quatre minutes qui arrive?

Le Président (M. Sklavounos): 22 h 32, 22 h 32, on termine à 22 h 32, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: D'accord. Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Quatre minutes.

Mme Maltais: MSSS, ça... J'ai écrit «RAMQ, INSPQ». Voilà. Je ne m'attendais pas à avoir encore du temps.

Une voix: ...

Mme Maltais: C'est parce que j'hésite à embarquer dans un nouveau sujet pour deux minutes, simplement, M. le Président. Alors, je vous dirai... je terminerai ma soirée en disant que nous allons... je suis heureuse de visualiser, là, à combien de ressources en informatique on est rendus au ministère de la Santé et Services sociaux, étant donné qu'en plus ce sont des dossiers qui ont été plutôt chaotiques jusqu'ici, en matière de gestion.

Je sais qu'à la Commission de l'administration publique on a parlé du DSQ, qu'on a vu qu'il y avait redressement de la gouvernance, ce qu'on a salué. Je ne suis pas gênée de le dire, là, on a salué ce redressement.

Maintenant, effectivement, l'intégration de la SOGIQUE à l'intérieur du ministère de la Santé et Services sociaux nous a fait nous poser des questions sur la quantité de personnes qui travaillent là-bas. Je ne sais pas si, en plus, il y a des budgets alloués à des ressources externes ou si le ministère... Est-ce que le ministère fait encore beaucoup affaire à des ressources externes, outre les 94? Est-ce qu'il y a beaucoup de contrats qui sont donnés à l'extérieur en plus, soit par l'INSPQ soit par la RAMQ? Peut-être qu'on peut avoir ces informations-là.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise): On va vérifier, avec les organismes, la liste des contrats qu'ils donnent en impartition à l'extérieur.

Mme Maltais: ...qu'on ait une bonne image. Ce sera utile pour tous les parlementaires qu'on ait une bonne image, là, de ces attributions. Merci. Bon, pour...

Le Président (M. Sklavounos): Alors, ça va?

Mme Maltais: Je suis prête à abandonner ces deux minutes, M. le Président...

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, ces deux minutes...

Mme Maltais: ...pour que nous allions nous coucher.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, je répète que ces deux minutes sont écoulées. Alors, deux minutes écoulées, Mme la secrétaire.

Alors, sur ce, j'ajourne nos travaux jusqu'à demain, jeudi le 19 avril, après les affaires courantes, où nous étudierons les crédits du volet 6, qui est Services sociaux. Je souhaite une excellente soirée à toutes et à tous. Merci de votre collaboration.

(Fin de la séance à 22 h 30)