



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 15 avril 2008 — Vol. 40 N° 32**

Étude des crédits du ministère de la Santé  
et des Services sociaux (4): volet Santé

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Michel Bissonnet**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

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

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 15 avril 2008 — Vol. 40 N° 32

### Table des matières

Santé	1
Discussion générale (suite)	1
Pratique mixte de la médecine	1
Accès à un médecin de famille	5
Implantation d'un service d'hémodialyse au Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles	7
Impact des investissements de l'industrie biopharmaceutique	8
Encadrement du prix des médicaments génériques	10
Accessibilité financière aux médicaments	10
Ententes de partage de risques avec l'industrie pharmaceutique	11
Crédits consacrés au paiement des médicaments	12
Pratique mixte de la médecine (suite)	12
Ententes avec les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes	17
Recommandations du Groupe de travail sur le financement de la santé concernant les médicaments	19
Document déposé	20
Révision de la médication à domicile	22
Pénurie de pharmaciens d'établissement	22
Impacts économiques de la Politique du médicament	23
Financement des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal	24
Hôpital Shriners pour enfants de Montréal	25
Ajout d'une salle d'hémodynamie au Centre hospitalier Pierre-Boucher	25
Projet de création d'une agence de lutte contre le cancer	26
Informatisation de la pharmacie en établissement	28
Augmentation des budgets pour le maintien d'actif	29
Services offerts aux personnes ayant une déficience auditive	30
Ententes de partage de risques avec l'industrie pharmaceutique (suite)	33
Mesures concernant l'usage optimal des médicaments	34
Infirmières praticiennes spécialisées	35
Aménagement d'une unité mère-enfant à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	36
Régime général d'assurance médicaments	37
Pénurie de nouveaux diplômés dans les postes de médecin résident	40
Pénurie de pharmaciens d'établissement (suite)	43
Document déposé	44
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	44
Diminution des inscriptions au programme de techniques infirmières au collégial	45
Situation dans les salles d'urgence du CHUM	45
Organisation des services d'urgence psychiatrique	46
Situation dans les salles d'urgence	48
Organisation du travail du personnel infirmier	49
Unités d'accréditation syndicale	52
Pénurie de médecins	54
Valorisation de la formation en médecine générale	56
Plan d'amélioration des services ambulanciers	58
Frais accessoires demandés aux patients pour certains services	58
Révision de la notion «par le médecin lui-même»	60
Investissements en radio-oncologie	61
Programme de promotion des saines habitudes de vie	62

## Table des matières (suite)

### Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Philippe Couillard

M. Bernard Drainville

M. Éric Caire

Mme Lorraine Richard

M. Pierre Reid

M. Russell Copeman

M. Éric Laporte

Mme Ginette Grandmont

M. Nicolas Girard

\* Mme Hélène Beaulieu, ministère de la Santé et des Services sociaux

\* Mme Lise Verreault, idem

\* M. Michel A. Bureau, idem

\* M. Gilles Beauchesne, Régie de l'assurance maladie du Québec

\* Témoins interrogés par les membres de la commission

**Note de l'éditeur:** Les crédits du volet Promotion et développement de la Capitale-Nationale du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été étudiés à la Commission de l'aménagement du territoire le 14 avril 2008.

Le mardi 15 avril 2008 — Vol. 40 N° 32

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (4): volet Santé***(Neuf heures trente-deux minutes)*

**Le Président (M. Kelley):** Alors, bonjour mesdames et messieurs. Je constate quorum des membres de la Commission des affaires sociales, alors je déclare la séance de la Commission des affaires sociales ouverte.

Je vous rappelle le mandat de la commission. La commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2008-2009.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Richard (Duplessis) remplace M. Bergeron (Verchères) et M. Girard (Gouin) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

**Santé**

**Le Président (M. Kelley):** Bienvenue, Mme la députée. Je vais juste rappeler les règles et les temps qui restent pour chacune des formations politiques selon le partage établi par une entente entre les leaders. Il reste 3 h 24 min au groupe parlementaire formant le gouvernement, 3 h 13 min pour l'opposition officielle et 2 h 30 min pour le deuxième groupe de l'opposition.

Alors, on va continuer dans notre rotation des blocs de 20 minutes. C'était convenu avec M. le député de Marie-Victorin que le deuxième groupe de l'opposition va sauter un tour aujourd'hui, alors on va faire quatre blocs de 20 minutes pour l'opposition officielle, deux groupes pour le deuxième groupe de l'opposition et trois pour le parti ministériel. M. le député.

**M. Drainville:** Je saute un bloc, donc s'ils en font quatre, j'en fais trois. Non?

**Le Président (M. Kelley):** Non. Un, deux, trois; un, deux; un, deux, trois; un.

**M. Drainville:** On fait ça ce matin.

**Le Président (M. Kelley):** Ce matin, oui.

**M. Drainville:** Oui, excellent.

**Le Président (M. Kelley):** C'est ça que nous avons convenu, si j'ai bien compris.

**M. Drainville:** Voilà, c'est ce que nous avons convenu, effectivement.

**Discussion générale (suite)**

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Alors, sans plus tarder, on va commencer le premier tour avec l'opposition officielle, et je vais céder la parole au porte-parole et député de La Peltrie. La parole est à vous.

**Pratique mixte de la médecine**

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Pour ce premier bloc, comme on l'avait annoncé la dernière fois, je voudrais aborder le sujet de la mixité avec le ministre parce qu'il y a eu toutes sortes de déclarations, toutes sortes de choses qui ont été dites, et ça fait suite un peu, M. le Président, au projet de loi qu'on a déposé le 2 avril dernier.

D'abord, peut-être commencer par demander au ministre de préciser un peu sa pensée, parce qu'il disait: Je ne peux pas être philosophiquement contre ça, c'est des choses qui se font partout dans le monde, et il faudrait être fermé pour rejeter, pour nier cette réalité-là. Mais parallèlement le ministre de la Santé nous dit qu'il n'y a aucune évidence des gains que la mixité peut apporter pour un système de santé.

Alors, dans les faits, ça se fait partout dans le monde, mais ce n'est pas efficace, en tout cas selon le point de vue que lui nous apporte. Et la preuve, c'est d'une part on n'a pas vu de pays où le niveau de l'augmentation des dépenses s'est harmonisé au niveau d'augmentation de la richesse, on n'a pas vu de diminution au niveau des listes d'attente, on n'a pas vu de diminution sur le financement du public. Alors, devant cette absence de gain, devant cette absence d'efficacité, pourquoi le ministre se dit en accord avec le principe de la mixité? Et, mieux que ça, M. le Président, pourquoi est-ce qu'il pense que ce serait la prochaine étape au Québec?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, je remercie notre collègue d'aborder la question de cette façon, ça va me permettre l'occasion de répéter et peut-être clarifier ma pensée sur cette question-là. Et je dirais, d'entrée de jeu, que, cette question, je l'aborde non pas en termes de bénéfices réels pour le système de santé mais sous l'angle des libertés. Et d'ailleurs c'est la façon dont M. Castonguay l'a lui-même abordée, je me souviens, dans son point de presse où il présentait son rapport, il lançait également lui-même une question fondamentale de liberté. Pourquoi? Parce que, lorsqu'un gouvernement légifère, autant que possible ça doit être pour faciliter les choses. Parfois, le législateur doit intervenir pour interdire des choses. Et là il faut toujours mettre en balance ou en équilibre l'interdiction qu'on fait et le bien commun, ou l'absence de bien commun de cette politique. Il y a des exemples très faciles où l'interdiction coule de source: tout ce qui a trait à la criminalité, par exemple. Là où ça devient un peu plus gris, c'est, par exemple, dans les mesures de santé publique, exemple l'interdiction de fumer en public où on dit... D'une certaine façon, on altère la liberté de choix des gens parce qu'on pense que cette altération est en faveur du bien commun. Alors, c'est la même chose pour la mixité de la pratique, et c'est la raison pour laquelle, autant que possible...

D'ailleurs, c'est le même raisonnement qu'on a suivi pour l'assurance duplicative. Ce que la Cour suprême

nous disait, c'est: Vous n'avez pas besoin d'interdire l'assurance duplicative, il y a d'autres façons d'arriver aux objectifs que vous avez. Et c'est de la façon également dont on l'a abordé, en disant que, si l'ensemble de la population a un accès raisonnable aux soins, il n'est pas nécessaire pour un gouvernement d'interdire le recours à l'assurance duplicative.

J'en arrive maintenant à la mixité. Le but de la mixité essentiellement, ce n'est pas un but d'améliorer la situation financière du système de santé — ça n'a été démontré nulle part dans le monde — ni d'avoir un effet large et global sur les listes d'attente et l'accès aux services, c'est une question encore une fois de liberté de choix des deux côtés de l'équation de soins, une liberté de choix pour certains médecins — et j'insiste sur «certains médecins» — d'arrondir leurs fins de mois et d'augmenter leurs revenus en diversifiant leurs activités, et c'est une possibilité pour certains patients ou certains citoyens — j'insiste sur «certains citoyens» — d'avoir accès à des soins plus rapidement, toujours en restant à l'intérieur de délais raisonnables. Alors, à partir du moment où le bien commun n'est pas atteint ou n'est pas altéré par cette pratique-là, moi, je ne vois pas pourquoi on l'interdirait.

Et puis je répète que ça me semble toujours très dogmatique quand j'entends les gens dire qu'ils sont contre la pratique mixte en tant que telle. Comment peut-on dire ça, alors que, dans les pays européens, comme le dit très bien le collègue, c'est une réalité de fait? Mais il faut répéter pour quoi et pour qui on le fait. Si on dit: On le fait pour améliorer la situation financière du système de santé, on est incapable de le démontrer nulle part. Si on dit: On le fait pour améliorer la situation des listes d'attente, on risque même de les détériorer si certaines conditions ne sont pas réunies. Si on dit cependant qu'on veut permettre, je répète, à certains médecins de travailler en dehors du réseau public et à certains citoyens d'obtenir des soins plus rapidement en payant de leurs poches, c'est à mon avis la seule justification éthique possible, encore faut-il que l'intérêt commun ne soit pas altéré. D'où l'importante remarque de M. Castonguay dans son rapport.

Et je reviens encore sur cette question, je trouve regrettable que le député de La Peltrie n'ait pas intégré ces éléments-là dans sa proposition, parce que M. Castonguay — je l'ai lu l'autre jour, là — a dit très clairement que, d'abord, il faut qu'il y ait un nombre suffisant de médecins pour assurer les soins, que, deuxièmement, il faut que les médecins soient liés par contrat à leurs établissements.

Là, je fais un petit aparté, parce que M. Castonguay, dans une autre recommandation, recommande que le directeur général ait autorité sur la pratique médicale, et on a vu que les fédérations médicales ont, je dirais, amené une réaction plutôt froide à cette proposition. D'ailleurs, il le sait, même la proposition qu'il soumet dans son projet de loi, qu'il y ait une entente avec le directeur de département, ils ne voudront pas. Alors, on est bien mal partis.

Alors, il n'y a pas d'effectifs suffisants encore dans les régions et il n'y a pas non plus de volonté — ce qui serait la moindre des choses, en passant, là — de volonté de la profession médicale qui désire se prévaloir de cette possibilité de se lier par contrat très formel avec leurs établissements de santé.

● (9 h 40) ●

Et la troisième élément, c'est la répartition des activités, ce qu'il touche... ce que notre collègue touche dans son projet de loi, mais malheureusement il omet les

deux premiers éléments, que M. Castonguay a lui-même émis. Et je ne comprends pas qu'il se réclame de façon si constante du rapport de M. Castonguay et de son groupe, alors que, sur une question aussi fondamentale, il balaie du revers de la main les recommandations de mitigation qui sont les plus importantes.

Et je crois effectivement qu'on aura l'évolution du système de santé vers un système plus ouest-européen en pratique, mais jamais exactement comme en Europe de l'Ouest, pour la raison que j'ai mentionnée et les différences fondamentales qui existent entre les systèmes ouest-européens et le système de santé québécois. Parce que, si l'ADQ propose aux médecins du Québec de leur donner un cadre de pratique similaire à ce qui se fait en Europe de l'Ouest, il faut qu'il fasse de ces médecins dans les hôpitaux, notamment des spécialistes hospitaliers, des salariés avec des contrats fermes et un niveau de revenus plus bas provenant du réseau public qui les amène à aller chercher le reste de leurs revenus du côté privé. Parce que c'est comme ça que ça se produit dans ces pays ouest-européens.

Alors, je termine en disant que, pour moi, il s'agit essentiellement non pas de bénéfices pour le système de santé, mais de libertés à la fois pour les professionnels et les citoyens, et il ne faut pas que ces libertés, si elles sont rétablies, nuisent à l'intérêt commun, ce qui serait le cas dans l'état actuel des effectifs médicaux et surtout de l'absence totale de volonté exprimée des fédérations médicales d'accepter de signer, par quelque entente que ce soit, avec leurs établissements de santé.

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

**M. Caire:** Merci beaucoup, M. le Président. Plusieurs éléments de réponse, dont certaines aux questions que je n'ai pas encore posées, mais on aura l'occasion d'y revenir.

Le ministre de la Santé dit: Il n'y a pas de gain pour le régime public, c'est une stricte question de liberté de choix. D'abord, là-dessus, sur ce point-là, nous sommes d'accord. Il y a aussi cet élément-là qui est fondamental, sur la liberté de choix pour certains individus comme pour certains médecins, c'est vrai, mais je... Là où on se rejoint, c'est: dans la mesure où ça ne brime pas l'intérêt commun. Je ne vois pas la pertinence de brimer la liberté de certains individus. Alors, là-dessus, on peut dire qu'il y a un élément de communion.

Ceci étant dit, M. le Président, il y a, dans l'argumentaire du ministre, des choses qui sont illogiques. D'abord, lui-même disait: Les médecins qui sont dans des systèmes de pratique mixte sont moins payés par l'État. Alors, logiquement, si on paie moins un médecin, si l'État paie moins un médecin, il y a nécessairement un gain pour l'État. Je prends l'exemple de notre propre système de santé, M. le Président, la réalité, c'est que le budget du régime public, il est de 24 milliards — et un peu plus maintenant, si on prend les statistiques de l'année dernière, statistiques sur lesquelles s'est basée la ministre des Finances d'ailleurs pour lancer le comité Castonguay — alors que la réalité des dépenses en santé, c'est 33 milliards... c'était 33 milliards. Donc, il y a un 9 milliards qui n'est pas assumé par le régime public, et donc il y a nécessairement un gain pour l'État.

Je veux dire, on peut voir la santé dans une stricte perspective du régime public ou on peut voir la santé dans sa globalité, c'est-à-dire les besoins en santé de la population du Québec. Les besoins en santé de la population du Québec sont de l'ordre de 33 milliards; ce que le régime public assume, c'est 24 milliards. Il y a nécessairement là un gain de 9 milliards pour le gouvernement. Et c'est tellement vrai que, dans certains pays — puis on pourra y revenir, si le ministre de la Santé le désire — dans certains pays où le régime public est déficitaire, l'entente avec les régimes privés s'accroît, hein? La solution, c'est ça. La solution pour enlever de la pression sur les finances publiques, dans certains pays — je le donne à titre d'exemple — ça a été ça. Donc, de dire que ça n'a aucun gain sur le financement, à strictement parler, du régime public sur la base d'ajouter de l'argent, c'est vrai, mais, si on le fait sur la base de le soustraire à certaines dépenses, c'est faux. C'est faux.

Et d'ailleurs je trouve ça drôle parce que, lors de la première rencontre qu'on a eue sur les crédits provisoires, le ministre de la Santé et le sous-ministre, M. Paquet, me regardaient tous avec des yeux gros comme ça quand je disais: Bien, il va falloir régler avec les dentistes dans le régime public; on a un régime public, il faut l'assumer. Puis là les deux me disaient: Mais oui, mais c'est ça, la base de la mixité, c'est de faire en sorte qu'on peut payer moins nos professionnels au public parce qu'on leur permet d'aller chercher un complément de revenus. Et c'est textuellement ce qu'ils me disaient. Ils me regardaient comme si j'étais un extraterrestre. Alors, ayez cette logique-là jusqu'au bout quand même, hein, on ne peut pas l'appliquer pour les dentistes puis dire que ce ne sera pas la même chose pour les autres professionnels de la santé. Donc, sur cet élément-là, je pense que la logique, la prémisse de base du ministre est fautive, la mixité de la pratique permet effectivement d'enlever, de soustraire le régime public à des pressions.

Sur les autres éléments du rapport Castonguay, j'y reviendrai parce qu'encore là il y a des choses là-dedans qui sont des opinions et des jugements de valeur mais qui ne sont pas des faits, notamment le nombre suffisant de médecins, c'est complètement arbitraire. Qu'est-ce que le nombre... C'est quoi, un nombre suffisant de médecins? Nous, on est à 2,1, les Français sont à 3,1. Alors, est-ce que le ministre, aujourd'hui, va statuer, va décider, va dire: Le nombre suffisant de médecins pour autoriser la pratique mixte, c'est 2,6? 2,7? 2,8? C'est quoi, le nombre suffisant? Moi, je prétends qu'on a un nombre suffisant.

D'ailleurs, les représentants, les organisations professionnelles de médecins, devant le comité Castonguay, n'ont jamais parlé de pénurie de médecins, jamais ils n'ont abordé cette question-là de pénurie de médecins. Ils ont parlé d'organisation du travail. C'est de ça dont ils ont parlé. Jamais ils n'ont voulu prononcer le mot «pénurie» de médecins devant le rapport Castonguay. C'est M. Castonguay qui le disait, ce n'est pas moi, là, ce n'est pas moi, c'est M. Castonguay qui le soulignait. Alors, encore là, dire qu'on n'a pas le nombre suffisant, c'est un jugement de valeur, c'est arbitraire, c'est arbitraire parce qu'il y a des pays qui ont la mixité, je pense que c'est la Suède ou la Norvège qui ont la mixité, et qui ont un ratio de médecin par habitants qui est à peu près équivalent au nôtre, et qui pourtant font appel à la mixité de la pratique. Donc, je serais extrêmement intéressé d'entendre

le ministre sur: Qu'est-ce qu'un nombre suffisant? À quel moment, lui, comme ministre, va se sentir légitime d'autoriser la mixité de la pratique?

Liés par contrat, bon, s'il regarde le projet de loi, on ne propose pas un contrat formel, mais on propose des ententes, ce qui va dans le même sens, ce qui répond tout à fait au fond de l'affaire. Parce que dans le fond c'est quoi, l'idée, M. le Président? C'est de dire qu'on ne veut pas, dans la gestion de notre régime public, qu'il y ait une espèce de désertion massive le vendredi, là, puis que, là, on n'est plus capables de gérer nos services. Il faut être capables d'assurer la continuité des services, et on n'est pas convaincus... Sur le fond, on est tout à fait d'accord. Sur la forme, je pense qu'on peut être plus imaginatifs, et le fait d'être imaginatifs ne signifie pas qu'on ne souscrit pas aux objectifs de base.

Sur la répartition des effectifs, le ministre, encore là, nous disait, à la période de questions: Je ne comprenais pas la répartition des effectifs parce que ça se faisait sur la base de la rémunération. J'ai bien relu l'ensemble du document, comment on établit les PREM, et en aucun temps la rémunération n'intervient là-dedans. C'est une question de répartition sur les heures. On convertit en ETC ou en ETP et après ça on répartit sur le territoire. Donc, sur la base de la rémunération, c'est faux de dire que les médecins vont pouvoir se soustraire aux PREM... c'est-à-dire sur la base d'une rémunération dans le privé, c'est faux de dire que les médecins vont pouvoir se soustraire aux PREM, c'est complètement faux parce que, d'autant plus qu'il l'a souligné lui-même, le projet de loi le prévoit, c'est-à-dire qu'il y a un maintien du volume de pratique publique qui, lui, sera comptabilisé sur la base de la rémunération des médecins selon la meilleure des trois dernières années du médecin.

Donc, ce qu'on comprend, c'est que le volume de pratique dans le régime public, par l'application de ce projet de loi là, ne peut pas diminuer que sur la répartition des effectifs quand les PREM... Par exemple, Québec, les PREM sont complets. Un médecin qui veut venir travailler à Québec ne peut pas être embauché, ne peut pas se trouver une place, sauf certaines exceptions aux dispositions qui sont prévues par la loi, notamment pour les médecins qui ont plus de 20 ans de pratique, mais ça, c'est une autre question. Et donc, à partir de là, le médecin qui veut travailler dans le cadre du régime public n'aura pas le choix d'aller là où il peut être embauché.

Alors, sur l'ensemble des arguments que le ministre a donnés, moi, j'ai beaucoup de difficultés à le suivre, sinon qu'effectivement il y a peut-être un concept un peu idéologique dans sa façon de rejeter le concept de la mixité. Et j'ose croire que ce n'est pas le cas.

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

● (9 h 50) ●

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, je ne reprendrai pas ce que j'ai dit dans la précédente intervention, qui, en passant, n'a pas été du tout contredit par notre collègue, là. Je vais faire quelques mises au point, là. Si on veut que la mixité ait un impact... ou qu'on ait un impact sur la diminution des besoins financiers d'un système public de santé, il n'y a que deux solutions: soit désassurer des pans de services, soit désassurer des pans de population. D'ailleurs, il y a des pays qui l'ont fait, ils ont décidé qu'à partir d'un tel revenu vous n'êtes plus

assuré dans le public, vous pouvez vous procurer votre propre assurance privée. C'est comme ça qu'à la rigueur un système mixte privé-public peut apporter, je dirais, un soulagement pour le niveau de dépenses publiques. Dans une structure sociale comme celle du Québec, où, en passant, les écarts de revenus sont beaucoup plus importants que dans les pays scandinaves, où la plupart des gens n'auront de toute façon jamais les moyens de même penser à peut-être un jour s'offrir une assurance médicale ou payer directement un médecin, ce n'est clairement pas la même situation qui est à notre portée.

Il faut quand même également rappeler que, lorsqu'on dit qu'il y a 33 milliards de dépenses totales en santé, il faut le regarder en précision. Sur le plan des services médicaux, c'est minime, ce qui est fait dans le privé, c'est 1,2 % des services médicaux qui sont faits dans le privé. Alors, le reste des services qui arrivent aux 33 milliards, c'est des choses autres, la physiothérapie, les médicaments, ce genre de services là, mais ce n'est pas les services médicaux. À moins qu'il veuille le désassurer, je pense que...

Parce que ce que je retiens de l'intervention du député, c'est que, s'il veut être logique avec lui-même, il propose une désassurance de pan de services, une désassurance de personnes. Puis il a insisté au début, c'est étrange, dans son intervention... Moi, si j'étais de la profession médicale, je serais assez inquiet, là, parce que je pense que le message qu'il envoie, c'est qu'effectivement il faut diminuer les revenus dans le secteur public. D'ailleurs, c'est la même inquiétude que ressent le réseau devant les intentions du chef de l'opposition, qui dit qu'il ne faut plus mettre d'argent en santé. Et je pense qu'il faut être quand même solide sur cette question-là. Nous, on ne prévoit pas diminuer le revenu des médecins du Québec. On vient au contraire de leur donner une entente qui permet d'augmenter ce revenu-là. Et je pense qu'il faudrait qu'il clarifie sa question là-dessus... sa situation ou sa position sur cette question-là.

Pour ce qui est du nombre suffisant de médecins et des plans d'effectifs, il y a quand même également des choses à rappeler. Moi, je constate, comme l'a dit ici le député, que les fédérations médicales semblent intéressées à explorer cette question de pratique mixte. Je conclus donc que les fédérations médicales sont en mesure de nous démontrer qu'il y a assez de médecins dans les régions du Québec, dans la plupart des régions du Québec, qu'ils sont en mesure de nous assurer qu'ils vont vouloir se lier par contrat formel et non pas par entente, sur le coin d'une table. C'est comme ça que ça doit fonctionner, M. Castonguay l'a très bien dit. Alors, jusqu'à ce qu'ils me pointent...

Moi, j'attends que la fédération soit des omnipraticiens soit des spécialistes me dise: Bien, voilà, il y a assez de médecins, maintenant il n'y aura plus de rupture de services, on le garantit. S'ils veulent jouer un rôle actif dans la promotion de cette idée-là, logiquement ils doivent s'engager à ce qu'il n'y ait plus de rupture de services dans aucune région du Québec. Je pourrais montrer la liste, tous les jours il y a des quarts de travail désertés dans les hôpitaux du Québec, notamment en région, particulièrement pour les anesthésistes. Parce que ce que le député oublie, c'est que, quand un chirurgien, par exemple, va travailler dans le privé, il n'y va pas tout seul, là, il amène avec lui un anesthésiste, trois, quatre infirmières,

des inhalothérapeutes, des préposés, puis tout ce monde là, il ne sera plus disponible dans le réseau de santé, alors qu'on est en pénurie actuellement.

Et je termine avec la question des régions. La pratique mixte telle que proposée par l'ADQ, c'est une politique antirégion, antirégion, parce qu'effectivement il a mal compris la gestion des effectifs — on lui fera une présentation technique, s'il veut, au ministère — c'est entièrement basé sur la rémunération. Le calcul des besoins est basé sur les heures, et tout ça, mais pas la pénalité en cas de non-respect des PREM. Il n'y a aucune disposition légale qui interdit à un médecin de s'établir dans une région. La seule disposition, c'est qu'en faisant ça le médecin s'expose à une diminution de sa facturation à un pourcentage de la facturation normale.

Or, les médecins de Québec, par exemple — il parle des médecins de Québec — quand ils ont du temps, ils vont dépanner les régions pas très loin, hein, qui ont beaucoup besoin de médecins, avec des incitatifs assez importants en termes financiers. À partir du moment où, moi, je suis un spécialiste puis je peux arrondir mes revenus en faisant de la petite clinique, le mercredi soir, pourquoi j'irais aider mes collègues, la fin de semaine, à Rivière-du-Loup? Pas intéressé. Pourquoi? Ça ne vaut pas la peine. Alors, c'est ce qui va se produire.

Et l'autre chose qui va se produire également, c'est que ça va être une bagarre absolument féroce et cruelle à l'intérieur de la fédération médicale parce que, là, l'ADQ crée deux sortes de médecins: ceux qui auront la possibilité d'arrondir leurs revenus en pratique mixte dans les grandes villes; puis ceux qui auront eu la malchance de s'installer en région puis qui n'auront pas cette possibilité-là. Parce que ce n'est pas vrai que, dans une ville régionale, il y a la masse critique, puis le volume d'investissement, puis le volume de clientèle suffisants pour justifier un investissement dans les cliniques privées. Alors, en pratique, c'est ce qui va se produire. Je pense qu'il doit regarder cette question de façon plus approfondie, et il en viendra à la conclusion que notre position est logique et basée sur les faits.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Il vous reste 20 secondes. Alors, on peut passer au prochain bloc. Ça va vite, mais l'horloge ne ment pas. Alors, je suis prêt à céder la parole à...

**M. Caire:** En 20 secondes, je veux juste dire: Ce n'est pas vrai. C'est tout ce que j'ai le temps de dire. Bien, c'était percutant comme argument, hein? Vous ne l'avez pas vu venir, hein?

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Alors, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** M. le Président, prière de m'informer quand il me restera cinq minutes dans ce bloc, qui aura une durée maximale de 18 minutes, c'est bien ça?

**Le Président (M. Kelley):** 20 minutes.

**M. Drainville:** 20? C'est 20, O.K.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, 15 minutes.

### Accès à un médecin de famille

**M. Drainville:** Très bien, excellent. M. le ministre, une question: Comment est-ce que vous expliquez que le Québec soit l'une des provinces qui comptent le plus de médecins de famille par habitant, alors que le Québec est de loin, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, juin 2006, le Québec est de loin la pire province pour le pourcentage de ses citoyens qui n'ont pas accès à un médecin de famille?

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

**M. Couillard:** Excellente question, et, de la part du Parti québécois, j'aurais hésité beaucoup à la poser, mais on va y répondre avec plaisir. D'abord, le pourcentage, si on se fie à l'étude de l'Institut de statistique du Québec, qui est quand même également solide et fiable, le pourcentage de Québécois qui ont accès à un médecin de famille est de 82 %. C'est insuffisant, on devrait viser au moins 90 %. Effectivement, si on compare le Québec à d'autres provinces canadiennes, on constate qu'il y a un nombre relativement plus élevé — ce n'est pas des tonnes de différence, en passant, c'est des virgules de pourcentage — un nombre relativement plus élevé de médecins de famille ou généralistes au Québec et, semble-t-il, moins d'accès aux services des médecins de famille.

Pourquoi? La première raison, c'est la difficulté à obtenir des cohortes suffisantes de nouveaux médecins. Et là la responsabilité en tombe directement sur les épaules de nos prédécesseurs, dont les politiques ont des résonances aujourd'hui, notamment les diminutions des entrées en médecine.

Deuxièmement, c'est que clairement les habitudes de travail, les habitudes de pratique des médecins québécois sont différentes de celles des autres provinces. Et je l'engage à lire *L'Actualité médicale*, le dernier numéro, où il y a un sondage sur les habitudes de pratique qui montre que les médecins québécois — et là ils ne s'entendent pas sur le nombre d'heures, là — travaillent moins en moyenne que les médecins des autres provinces canadiennes. Il y a plusieurs raisons pour ça: il y a des choix de vie, il y a la démographie de la profession médicale qui a changé et il y a également tous les obstacles tarifaires ou autres qui étaient présents et qu'on élimine les uns après les autres. Souvenons-nous qu'il y a à peine deux ans on disait que la raison pour laquelle les médecins ne pouvaient pas travailler plus, c'est parce qu'il y avait un plafond de rémunération. Or, les plafonds de rémunération ont été enlevés, supprimés depuis décembre 2006.

Ensuite, on tombe sur la question des incitatifs. Alors, on dit: D'accord, on va donner des incitatifs. Alors, il y a des incitatifs pour prendre en charge des personnes vulnérables, pour faire du suivi en cabinet. On a également, lors de la dernière entente — qu'on pourra regarder en détail avec le collègue — adopté plusieurs mesures financées d'incitatifs pour les médecins pour prendre encore plus de patients et en voir plus fréquemment. Mais, en bout de ligne, M. le Président, il y a des choix de pratique, il y a des choix de vie qui sont en jeu ici, et il faut se rendre à l'évidence que, là où on pouvait suffire avec un médecin il y a 10, 15 ans, maintenant on se trouve dans une situation où ça en prend 1,5 ou 2 médecins.

Alors, il est certain que ce problème a des origines multiples. Une des origines est la diminution des entrées en médecine. Une des origines, ce n'est pas la seule origine. L'autre origine est une question effectivement d'incitatif, une question possiblement de politique tarifaire. Il y a la question des AMP, qui a été mise sur pied par mon prédécesseur, le député de Rousseau, qui est une bonne politique mais qu'il faut peut-être gérer de façon différente. Et effectivement il y a finalement là-dessous une question reliée aux choix de vie puis aux choix de pratique.

Parce que ce qui est inquiétant dans l'article de *L'Actualité médicale* — et je suggère au député de le lire — c'est qu'il y a d'abord ce sondage sur le nombre d'heures de pratique hebdomadaire, il y a un sondage également sur les intentions des médecins au cours des prochaines années. Et on constate qu'un pourcentage important de médecins, des deux sexes, là — mais je suppose peut-être plus celles qui ont la charge de famille — entrevoient la nécessité de diminuer leurs heures de pratique au cours des prochaines années, quel que soit l'environnement financier qu'on leur offre. Alors, il y a là des circonstances qui sont particulières.

D'ailleurs, lorsque j'ai conversé avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec sur cette question — que, moi, j'appelle le paradoxe québécois, là — des médecins en un peu plus grand nombre qu'ailleurs avec un niveau d'accès plus bas, ils se sont mis d'accord avec nous pour reconnaître la différence de productivité et reconnaître que la responsabilité de l'état de fait ne revenait pas au seul État, là, qu'il y avait également des choix de pratique, des choix de mode d'organisation de pratique, des choix de vie de la part de la profession médicale avec lesquels il fallait composer.

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

**M. Drainville:** Juste pour poursuivre sur la question du manque de médecins, parce que c'est très souvent la réponse que le ministre donne à la question de l'accès, comment est-ce que vous expliquez... comment est-ce que le ministre explique que... Si on prend la cohorte des finissants de 2005 à McGill, 46 % des finissants de 2005 à la Faculté de médecine de McGill avaient quitté le Québec. Il y en a 118 qui ont gradué de McGill — je parle toujours de la cohorte de 2005. Deux ans après leur diplomation, il y en avait 63 qui pratiquaient au Québec et il y en avait 55 qui avaient quitté le Québec. 46,6 %, comment vous expliquez ça?

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

● (10 heures) ●

**M. Couillard:** Bien, d'abord, encore une fois, on doit se féliciter d'avoir une Faculté de médecine aussi prestigieuse. En fait, on en a deux à Montréal, l'Université de Montréal et l'Université McGill, et c'est une chance énorme pour le Québec de bénéficier de cet avantage. Et le député a raison, c'est une statistique réelle, d'ailleurs qui se répète année après année, parce que, si on regarde, par exemple, l'an dernier, dans les cas de postes de résidence non comblés, on constate qu'il y a un important déséquilibre entre les quatre facultés de médecine, que les postes non comblés se concentrent dans une faculté, qui est celle qu'il a mentionnée, par rapport aux trois autres facultés où la perte est très minime. Alors, on a ce phénomène-là,

je dirais, qui s'explique à mon avis par deux ou trois grandes raisons.

D'abord, il y a un pourcentage ou un nombre d'étudiants admis provenant de l'extérieur du Québec, provenant du Canada et du reste du Québec, qui de toute façon, dès le début de leurs études, entendent retourner et faire leur pratique médicale ailleurs.

Certainement que la question de l'organisation des soins médicaux joue un rôle. Alors, lorsqu'on questionne les étudiants qui quittent, ce qu'ils nous disent, par exemple, c'est: Nous, on ne veut pas de PREM puis on ne veut pas d'AMP. Ils appellent ça des restrictions ou des contrôles, là, ce qui est une façon pour le Québec, et il le sait parce que c'est son parti politique qui a mis sur pied ces politiques-là que nous avons reconduites parce qu'elles sont bonnes, les plans d'effectif et les activités médicales particulières... Alors, je pense qu'on va s'entendre sur le fait qu'on ne fera pas un plan d'effectif particulier pour une faculté sur quatre ni une gestion des AMP différente d'une faculté sur quatre.

Il y a également une autre raison qui est interne à la faculté elle-même, et j'ai eu l'occasion d'en discuter avec leurs représentants, c'est qu'il semble y avoir une certaine insatisfaction à l'interne quant au programme de formation en médecine de famille. Alors, tout ça mis ensemble nous amène à cette situation.

Maintenant, quelle est la façon de remédier à ça? Et j'engage l'opposition à apporter des suggestions. Est-ce qu'on devrait interdire à la faculté de médecine de recruter des étudiants hors Québec? Non, on ne devrait pas le faire, on ne devrait pas faire ça. Est-ce qu'on doit faire en sorte d'assouplir au maximum les contrôles sur le type de pratique et le lieu d'installation? Je suis toujours prêt, moi, à assouplir, mais il faut voir les conséquences du mot «assouplissement». Et surtout il ne faut pas non plus adopter des politiques qui feraient en sorte qu'on donne le message que la Faculté de médecine de l'Université McGill n'est pas bienvenue au Québec, là. On a deux universités à Montréal qui sont parmi les 100 universités les plus prestigieuses au monde, et, sauf erreur, l'Université McGill est 12e. Alors, c'est une...

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Et, dans les 90e, ou 80e, ou 85e, je ne parle pas de la faculté de médecine mais du classement universitaire en général, on a deux universités très prestigieuses. Pour mention, je fais remarquer que les résultats des finissants de l'Université de Montréal aux examens pancanadiens sont supérieurs à ceux de l'Université McGill depuis plusieurs années déjà pour la médecine. Mais là il faut différencier la faculté de médecine de toute la question de l'université.

Alors, c'est un phénomène qui est annuel, qui va probablement encore se répéter cette année, sur lequel on interpelle la direction de la faculté de médecine qui, en passant, je tiens à le souligner, M. le Président, fait des efforts notables pour s'intégrer au système de santé québécois et participer au système de santé québécois. Prenons, par exemple, les réseaux universitaires intégrés de santé. Alors, l'Université McGill offre un soutien à l'Abitibi-Témiscamingue, par exemple, en Outaouais. C'est très bon, c'est excellent que ces régions aient accès au soutien de l'Université McGill. Et on a discuté, à l'autre

séance des crédits, de la question du Centre hospitalier de Lachine, où l'Université McGill va apporter une contribution extrêmement positive.

Alors, il faut, tout en reconnaissant ce phénomène de perte de finissants de cette faculté, ne pas donner un double message — comment dire? — de rejet ou de difficulté à accepter la présence de cette université au Québec parce que, comme je l'ai dit, c'est une grande université québécoise et nous sommes extrêmement fiers qu'elle soit sur notre territoire. Cependant, comme chaque année, nous allons nous assurer que l'Université McGill fait — et ils le font — tous les efforts requis pour participer encore plus à la correction de la pénurie d'effectifs médicaux. À moins que, comme son collègue de l'opposition officielle, notre collègue de la deuxième opposition pense qu'il n'y a pas de pénurie de médecins au Québec. Je le laisserais peut-être s'exprimer sur cette question.

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

**M. Drainville:** Oui. Le problème, M. le Président, c'est que, si on regarde la cohorte de 2004 par rapport à celle de 2005, toujours en parlant de la faculté McGill, si on regarde la cohorte de 2004, il y avait, après deux ans, là, 35 % des médecins qui avaient quitté le Québec, puis, quand on regarde la cohorte de 2005, c'est 46 %. En tout cas, il semble que la situation se détériore. Mais j'accepte l'argument comme quoi ça fait plusieurs années que ça dure. On va attendre de voir, là, si cette tendance-là, cette détérioration apparente se confirme dans les années à venir.

Mais qu'est-ce que vous répondez, M. le ministre, aux bons contribuables qui nous écoutent... Bon, vous connaissez le chiffre, ça coûte autour de 160 000 \$ par année pour former un médecin. Alors, si on en perd... Prenons pour acquis que les 55 qu'on a perdus, là, de la cohorte de 2005 à McGill, prenons pour acquis, là, que c'est tous des généralistes qui ont fait sept ans, grosso modo, hein, ils ont fait sept ans, à 160 000 \$ par année, c'est grosso modo 1 million que chacun ou chacune d'entre elles nous a coûté. Alors, il y en a 55 qui quittent le Québec, c'est 55 millions de nos taxes et de nos impôts qu'on aura investis dans la formation de ces médecins-là et pour lesquels le Québec ne récolte pas grand-chose, on pourrait dire. Il récolte quand même un peu parce que, quand ils retournent dans leur pays d'origine ou encore quand ils décident d'aller pratiquer ailleurs qu'au Québec, ils portent avec eux — comment dire? — le nom McGill, donc ils sont des ambassadeurs pour McGill, et tout ça, et donc, en ce sens-là, le Québec récolte une certaine contrepartie, certains bénéfices de cette formation-là. Mais de façon générale c'est une perte nette. Quand on forme des médecins ici et qu'il y en a 55 sur 118 qui quittent le Québec, c'est une perte nette en tout cas pour M. et Mme Tout-le-monde qui ont payé pour leur formation. Encore une fois, à 1 million pièce, c'est beaucoup, beaucoup d'argent. Comment vous justifiez ça, M. le ministre?

Et dans le fond est-ce qu'il y a des moyens qui pourraient être pris pour faire en sorte que, si le contribuable québécois finance une bonne partie des études de ces diplômés, bien pour s'assurer peut-être que ces diplômés redonnent à la société québécoise un minimum de cet investissement auquel les contribuables québécois ont consenti pour leur formation à McGill? Et d'ailleurs je tiens à dire, M. le ministre, juste pour ne pas que vous

pensiez que c'est seulement McGill qui est ciblée, là, l'Université de Sherbrooke, c'est le quart des diplômés qui ont quitté le Québec après deux ans. Je comprends qu'il y a une entente avec le Nouveau-Brunswick, mais je ne crois pas que l'entente avec le Nouveau-Brunswick explique la totalité, là, du 25 %, là.

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

**M. Couillard:** M. le Président, dans les trois facultés autres que McGill, le pourcentage est très élevé, de rétention, au Québec. Il ne faut pas à mon avis faire l'erreur d'analyser ça de façon très segmentaire. L'analyse que fait le député est peut-être valable sur le seul point de la formation médicale et des soins, mais je dirais que les bénéfices de la présence sur notre territoire d'une faculté de médecine comme celle de McGill dépasse largement même ces inconvénients, qu'on parle des retombées en termes de recherche et développement de technologies, de pratiques médicales. Récemment, je voyais, au Royal Victoria, une intervention pour un coeur artificiel qui est toute nouvelle, qui est une des premières au monde à être faite de cette façon-là, ça se fait dans les autres hôpitaux québécois également. Mais globalement les bénéfices pour notre population sont beaucoup plus élevés que les problèmes que souligne le député, dans l'équation globale de la présence de l'Université McGill au Québec.

Maintenant, les solutions ne sont pas miraculeuses, là. Ce que demandent les étudiants qui quittent, quand on leur demande: Pourquoi vous êtes partis du Québec? ils nous disent: Abolissez les PREM puis abolissez les AMP. Alors, on n'a pas l'intention de faire ça, puis on leur dit franchement, on leur dit très franchement. On est prêts à discuter d'assouplissements et de façons de faire différentes, mais pas de les assouplir. Les autres solutions équivalent à fermer les frontières du Québec et à conscrire les gens. On ne créera pas une très bonne image internationale du Québec si on fait ça.

Je souligne, comme l'a dit le député, d'ailleurs — et il me permet de le faire — que le contribuable québécois défraie, au Québec, un pourcentage beaucoup plus élevé des études médicales que dans les autres provinces canadiennes. Il en coûte à peu près 2 000 \$ par année de frais de scolarité, au Québec, pour étudier la médecine et avoir accès à une profession qui, comme on le sait, assure des revenus considérables. De mémoire, c'est 8 000 \$ par année à Halifax, c'est 15 000 \$ par année à Toronto. Alors, il y a un investissement collectif qui est considérable dans la formation des médecins. On peut certainement regretter ce que le député mentionne, et je le regrette également, et j'ai transmis ce regret aux autorités de la faculté de médecine, mais il faut éviter le piège de porter un jugement global sur les bénéfices de la présence de cette faculté, au Québec, et de cette université très prestigieuse, au Québec, et également de nous laisser entraîner sur la voie de solutions qui apparaissent faciles mais qui seraient, au total et au demeurant, très négatives pour l'image du Québec, ici et ailleurs.

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste six minutes.

**M. Drainville:** Alors, juste rapidement, M. le ministre. Mais c'est parce que, de nous parler des bénéfices, je les ai évoqués, j'en ai évoqué, certains des bénéfices,

et ils sont réels, mais en même temps vous nous dites, d'un côté: On n'a pas suffisamment de médecins, au Québec, et, moi, je vous soumetts un problème très concret, où la moitié, plus de la... mais enfin près de la moitié des diplômés de McGill quittent après deux ans, et vous me dites: Dans le fond, on ne peut pas faire grand-chose. J'essaie juste de réconcilier un peu les deux affirmations. D'un côté, vous dites: Il n'y a pas assez de médecins, et, d'un autre côté, je vous dis: Bien, on en perd la moitié, des gradués de McGill, puis vous me répondez: Bien, c'est plate.

**M. Couillard:** ...M. le Président, à notre collègue d'être plus précis quant à ses intentions à lui. Il est certain qu'on ne fermera pas les frontières du Québec puis qu'on ne sera pas directifs aux autorités universitaires de briser leur autonomie et de leur dire qui ils doivent admettre et qui ils ne doivent pas admettre à leur faculté de médecine. Là-dessus, là, je pense qu'on va être constants.

Et je recommanderais encore une fois au député et à son parti d'être extrêmement prudents dans les solutions qu'ils mettront de l'avant pour ce problème, qui est un problème réel mais dont les solutions: exemple, insister pour que les gens restent au Québec sauf pénalité; exemple, augmenter et exiger qu'on admette moins d'étudiants de provenance hors Québec; exemple, exiger des frais de scolarité supplémentaires pour ces personnes-là... Ce genre de politique là va être très nuisible pour le Québec sur le plan international. Alors, je les engage à la plus grande prudence.

Ce qu'on fait, nous, et ce qu'on va continuer à faire, c'est d'abord dialoguer avec les gens de la Faculté de médecine de l'Université McGill, leur demander également de corriger ce qui apparemment doit être corrigé dans leur programme de formation, mais également en étant fermes — à moins que le député nous engage sur une voie différente — quant au fait qu'on ne créera pas une politique d'installation de médecins et de gestion de la pratique différente pour les gradués d'une faculté par rapport aux trois autres. Je ne pense pas que c'est ce qu'il recommande de toute façon. Mais, une fois qu'on a dit: Qu'est-ce qu'on peut faire? puis qu'on passe en revue les solutions possibles, on en arrive rapidement à la conclusion qu'il ne faut pas nuire au Québec avec des solutions qui apparaissent faciles et efficaces mais qui en pratique auraient l'effet contraire.

● (10 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée de Duplessis.

**M. Drainville:** Voilà. Merci, M. le ministre... M. le Président, pardon.

#### **Implantation d'un service d'hémodialyse au Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles**

**Mme Richard:** Merci, M. le Président. M. le ministre, sûrement que vous vous souvenez que, le 30 octobre dernier, j'ai déposé à l'Assemblée nationale une pétition signée par 8 252 pétitionnaires, des Nord-Côtiers et des Nord-Côtières, pour l'implantation d'un service d'hémodialyse au Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles. Je vous dirais que j'ai multiplié les démarches auprès de l'Agence de santé et des services sociaux et,

jusqu'à ce jour, je vous avoue que mes maintes tentatives et même mes lettres sont demeurées sans réponse. Je vous dirais que ce n'est pas un dossier qui semble être prioritaire au niveau de l'Agence de santé et des services sociaux.

M. le ministre, si je vous interpelle ce matin, c'est parce que je veux que vous soyez conscient qu'il y a des familles qui doivent s'exiler. Et j'ai en mémoire une madame de 76 ans qui vit seule à Rimouski de façon permanente, qui doit payer un loyer de 1 000 \$ par mois, que son mari malheureusement ne peut pas aller lui rendre visite souvent parce qu'il s'occupe d'un enfant handicapé qui demeure avec lui à la maison. J'ai un autochtone aussi qui vit une situation très difficile ici, à Québec.

Et je pense que Sept-Îles mérite d'avoir son hémodialyse pour faire profiter tout l'ensemble de la région. Et je suis contre une politique de deux régions, deux mesures. Je vous avoue que j'étais assez jalouse quand j'ai vu le ministre Benoît Pelletier, responsable de l'Outaouais, annoncer qu'une unité d'hémodialyse serait établie à l'Hôpital de Maniwaki, et dans laquelle il donnait les distances, c'était difficile pour les patients. Les patients de la région de la Côte-Nord, eux aussi, ont des distances, je n'ai pas le temps malheureusement de vous les dire ce matin, je vous laisse deviner, Sept-Îles—Rimouski, la voiture, le bateau. Et vivre éloigné de sa famille, c'est extrêmement difficile. Il y a des patients qui malheureusement vont décider peut-être d'interrompre le traitement. C'est très onéreux.

Et, M. le ministre, dans un avenir assez rapproché, cette semaine, je vous ferai parvenir une lettre de la famille Vaillancourt qui a elle-même initié cette pétition. C'est près de 8 000 signataires en quelques jours. C'est tout pour dire. Et même la communauté de Uashat mak Mani-Utenam appuie la demande de l'implantation de l'hémodialyse. Et je n'aimerais pas, M. le ministre, que vous me répondiez de me référer encore à l'agence. Vous savez, souvent, quand l'ordre part d'en haut, si vous donnez un ordre, il va descendre. Là, c'est difficile de monter. Je m'adresse à vous ce matin, j'aimerais sincèrement que vous vous penchiez sur ce dossier, M. le ministre.

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

**M. Couillard:** Bien, la régionalisation ou la décentralisation, c'est une très bonne chose dans le système de santé du Québec, puis il va falloir l'accentuer au cours des prochaines années. Mais, sur le plan des unités d'hémodialyse, ce dont la députée parle, ce sont... et c'est l'aménagement d'unités d'hémodialyse en région périphérique. En passant, il n'y a pas eu que l'Outaouais, j'en ai annoncé une dans un comté d'un de ses collègues de la deuxième opposition, dans les Hautes-Laurentides. Donc, on voit qu'on est en action là-dessus. Il y aura d'autres unités qui seront développées.

Quels sont les critères que nous utilisons pour les développer, puisque les budgets sont disponibles? Je ferais remarquer à notre consœur que, dans le budget de développement, cette année, il y a 7 millions de dollars qui sont attribués à l'hémodialyse, largement pour aménager ce type d'unités là.

Maintenant, quelles sont les conditions? Il faut qu'il y ait un plan précis présenté par le centre de santé et de services sociaux et le centre hospitalier. Ce n'est pas tout

de dire: Bien, nous, on aimerait ça avoir l'hémodialyse. Comment ça va fonctionner? Quels sont les investissements requis? Quel sera le soutien professionnel? Et là on peut aider. Parce qu'il n'y aura pas beaucoup de néphrologues, en étant réaliste, qui vont s'installer à Sept-Îles. Donc, ça doit se faire par télésurveillance puis par téléneurologie. Tout ça doit être au point, là, on ne fait pas une annonce d'un projet qui reste entièrement à bâtir.

Ce que je vous dis, c'est qu'on a les sommes requises pour continuer à développer ces unités-là — aux Îles-de-la-Madeleine par exemple, où la situation est peut-être encore plus dramatique étant donné le caractère insulaire de la population qui est là — mais on veut chaque fois que le centre de santé et de services sociaux concerné fasse un exercice véritable et profond de planification et de présentation d'un projet complet, bien ficelé et qui ne remet pas... qui ne laisse pas dans l'ombre des difficultés d'installation qui sont importantes, notamment en termes d'organisation de soins infirmiers et en termes de liens avec des néphrologues à distance.

Là-dessus, on va continuer encore une fois, M. le Président, à développer ces unités satellites, c'est une très bonne formule. Et tout le monde ressent de la solidarité pour ces patients-là. Je ne pense pas qu'il y a un député plus qu'un autre, dans cette Assemblée, qui s'inquiète pour ces patients-là, on est tous inquiets pour ces patients-là, et d'ailleurs on l'a démontré en investissant dans plusieurs régions du Québec et on va continuer à le faire. Parce que, en passant, les investissements de 7 millions en dialyse, si on compare, là, je dirais que c'est assez considérable. Je n'hésiterais pas à les mettre en pourcentage parce que... ça pourrait être difficile.

**Le Président (M. Kelley):** Non, il ne reste pas de temps, malheureusement. M. le député d'Orford, pour le prochain bloc, s'il vous plaît.

**M. Reid:** Merci, M. le Président. Avant de poser... J'ai une série de questions, quelques questions sur la Politique du médicament ou enfin qui vont avec la Politique du médicament. Mais, concernant les échanges de tout à l'heure, j'aimerais peut-être souligner que... Concernant les médecins formés ici qui veulent pratiquer ailleurs, je voudrais ajouter un peu à ce que le ministre a dit, dans ce sens d'être très prudents dans nos façons de faire et d'inciter les médecins à rester ici parce qu'on ne peut pas, comme société, d'un côté, disons, favoriser et trouver différents moyens de favoriser l'arrivée de médecins ici qui ont été formés ailleurs avec des sommes, des taxes et des impôts des contribuables d'autres pays et en même temps arriver et avoir des mesures trop strictes pour les étudiants en médecine ou les médecins qui sont formés ici. Je pense que c'est un appel à la prudence sur cette question-là qu'il faut. Et autant on veut faciliter l'accès à des médecins qui sont intéressés à venir pratiquer au Québec, autant il faut utiliser des moyens incitatifs et des moyens doux, entre guillemets, pour conserver autant qu'on puisse le faire les médecins qui sont formés ici.

### **Impact des investissements de l'industrie biopharmaceutique**

Concernant la Politique du médicament, j'aimerais d'abord parler des investissements pharmaceutiques.

L'industrie pharmaceutique, M. le Président, contribue, on le sait, à la bonne santé de l'économie québécoise depuis un certain temps, et tout indique qu'il faut continuer à faire en sorte que l'industrie pharmaceutique, par ses investissements et les emplois qu'elle crée et par la recherche qu'elle fait avec nos universités et nos centres de recherche, continue à effectivement nous permettre d'entrer de plain-pied dans l'économie du savoir et d'y prendre une bonne place.

La Politique du médicament, d'une part, profite de cette situation, je pense — en tout cas, j'aimerais que le ministre nous éclaire là-dessus — de cette situation: la présence de l'industrie pharmaceutique au Québec de façon importante, principalement dans la région de Montréal. Et, d'autre part, la Politique du médicament, me semble-t-il, doit encourager les investissements pharmaceutiques au Québec aussi. Donc, ça crée une espèce d'équation qui n'a pas de solution évidente a priori, je pense, entre, d'une part, la qualité des soins qui sont permis par les médicaments et les coûts évidemment de ces médicaments, et, d'autre part, les décisions qui permettront, qui encourageront les investissements pharmaceutiques au Québec.

Alors, ma question, ma première question donc se décline en trois parties: Comment est-ce que cette équation qualité-soins et la vigueur de nos investissements, comment cette équation-là est-elle prise et quelle solution y est-il apporté par la Politique du médicament? Et est-ce que ce serait possible de la part du ministre de nous donner quelques exemples concrets, d'une part, de médicaments... en fait d'avantages, disons, pour la qualité des soins d'avoir ici la présence de compagnies pharmaceutiques? Et, d'autre part, de quelle façon, par des exemples concrets aussi, la Politique du médicament qui est en place a favorisé les investissements dans l'industrie pharmaceutique au Québec?

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

● (10 h 20) ●

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, effectivement, dans la Stratégie de développement économique du Québec, le secteur biopharmaceutique au sens large occupe une place très importante, et, à l'intérieur de ce secteur, le secteur pharmaceutique plus précisément est d'une importance stratégique tout à fait considérable.

Il faut savoir, et à l'intention de nos concitoyens et concitoyennes, qu'il y a deux types, en gros, d'industries pharmaceutiques, si on fait exception des biotechnologies, qui sont autre chose. Il y a des industries d'innovation, c'est-à-dire des entreprises qui développent des médicaments brevetés, donc des nouveaux médicaments pour différents problèmes de santé, et, d'autre part, il y a l'industrie des médicaments génériques, c'est-à-dire qu'une fois le brevet expiré la molécule peut être copiée à un coût beaucoup moindre et avoir la même efficacité pour le patient.

Le Québec, depuis plusieurs années, et ça, ça a traversé les gouvernements au cours, je dirais, des 15 dernières années, a adopté une politique délibérée favorisant la présence et la rétention sur notre territoire de l'industrie pharmaceutique d'innovation. Pourquoi? Parce que de nombreuses études économiques ont démontré une après l'autre que les bénéfices généraux sur l'économie du Québec, en termes de retombées, que ce soit fiscales ou autres, en termes d'innovation, de recherche et développement, sont considérables et dépassent les coûts. Parce qu'effectivement

le citoyen québécois ou le Québec comme État adopte et maintient des politiques qui sont en faveur de la présence... donc viennent à soutenir cette présence de l'industrie d'innovation. Donnons-en quelques exemples.

La première est la prolongation de la protection de la propriété intellectuelle par ce qu'on appelle la règle du 15 ans, c'est-à-dire qu'une fois le 10 ans de brevet expiré, pendant cinq ans, on continue à rembourser le coût du médicament d'innovation, ce qui équivaut en pratique à un accès protégé pour cinq ans supplémentaires au médicament. Ça entraîne des coûts qui sont d'ailleurs compensés par le ministère des Finances du Québec, et des coûts qui sont consciemment assumés. Ça a été revu lorsqu'on a discuté la Politique du médicament. Et à l'époque, je me souviens, le prédécesseur du député de Marguerite-D'Youville, qui était à l'époque l'ancien député de Borduas, avait conclu qu'effectivement, son parti politique ayant maintenu également cette attitude, je dirais, de bienveillance par rapport à l'industrie pharmaceutique d'innovation, il fallait ne pas interrompre ces pratiques, notamment celle de la règle de 15 ans.

Il y a un autre type de politique dans le domaine de la santé qui est la non-utilisation de la règle du prix le plus bas pour des classes de médicaments, et qui est d'ailleurs une règle qui est en régression parce qu'elle comporte d'énormes difficultés d'application. Il y a des bénéfices fiscaux également plus larges qui sont donc des dépenses fiscales par l'ensemble des contribuables en termes de crédits d'impôt en recherche et développement.

Quels sont les résultats de cela? C'est que nous avons, au Québec, environ 42 % des installations et des investissements de recherche de l'industrie pharmaceutique d'innovation. Il y a au-dessus de 20 000 Québécois et Québécoises qui travaillent tous les jours dans ces industries, sans compter les emplois indirects. Et il y a également les emplois liés à la présence sur notre territoire de l'industrie des génériques.

Alors, la Politique du médicament a voulu d'abord exprimer la prolongation ou le continuum dans ses politiques d'accueil favorable, cette ambiance économique favorable, comme l'industrie elle-même le dit, une industrie qui, en passant, est extrêmement mobile. Même avec ces politiques, la concurrence des pays étrangers, comme d'ailleurs on le voit dans de nombreux secteurs industriels au Québec, la concurrence des pays étrangers, notamment des pays émergents est extrêmement forte. Et ce sont des industries qui se déplacent très rapidement. Maintenant, ils choisissent le Québec d'une part à cause de cette ambiance économique et également, et ils le disent souvent, à cause de la qualité de notre main-d'oeuvre. Je pense qu'il faut se féliciter de la qualité de nos programmes de formation à ce sujet-là.

Il a fallu également, lors de la Politique du médicament, pour maintenir cet avantage compétitif du Québec, mettre fin à une politique qui, de l'avis de tous, ne pouvait être continuée ou prolongée sans être très nuisible au Québec en termes de son image de terre d'accueil pour les investissements, et c'est ce qu'on a appelé par un euphémisme, ici, la politique de non-augmentation des prix, qui en fait est le gel des prix des médicaments d'innovation depuis 1993-1994, ce qui est devenu absolument insoutenable. Et tous s'entendaient pour dire qu'il fallait mettre fin à cette politique et accepter qu'il y ait une indexation contrôlée des médicaments d'innovation une

fois qu'ils entrent sur la liste des médicaments. Le Québec ne pouvait continuer à être le seul État au monde, parmi les États développés qui accueillent cette industrie, à maintenir ce type de politique là sans risquer de perdre rapidement sa compétitivité.

Alors, bien sûr, cette indexation a un coût. Le coût doit être compensé par deux grandes mesures ou deux grands volets de mesures. Il y a bien sûr tout le volet de l'usage optimal des médicaments mais qui, un peu comme la prévention en santé, a des bénéfices à moyen et à long terme. Et, en termes directs, la désindexation... ou plutôt l'indexation des prix des médicaments d'innovation s'est accompagnée d'une réduction des prix des génériques, ce qui fait que, sur une base annuelle — il faut regarder plus que l'année en cours, mais sur une base annuelle parce que la baisse des prix des génériques entre en jeu, entre en action après l'indexation des innovateurs — la baisse des prix des génériques entraîne des économies qui dépassent les coûts apportés par l'indexation des médicaments.

Alors, on a réussi, je crois, à faire un équilibre. Ce n'est pas un équilibre facile parce qu'il fallait d'un côté maintenir notre avantage compétitif, l'accès aux médicaments d'innovation pour les Québécois, en se souvenant que ça a des bénéfices sur l'état de santé et le système de santé plus largement, tout en ayant une solution économique qui soit viable et qui nous permette de continuer à apporter le bénéfice du régime général d'assurance médicaments aux Québécois.

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

#### **Encadrement du prix des médicaments génériques**

**M. Reid:** Merci, M. le Président. Je voudrais passer maintenant au prix des médicaments génériques, mais pas avant d'avoir fait une petite remarque complémentaire peut-être sur le fait que, oui, les produits génériques, il y a un élément de coût, mais toute cette question dont le ministre vient de parler et qui demande un équilibre qui n'est pas toujours facile est extrêmement importante et en particulier elle est associée — et je pense que c'est un actif extraordinaire pour le Québec — à un développement que je pourrais qualifier d'explosif de la recherche médicale au Québec dans nos universités et graduellement aussi du côté privé.

Et le député de Marie-Victorin sera peut-être heureux de m'entendre dire qu'il y a des mesures qui ont été prises pendant que son parti était au gouvernement, dans les années quatre-vingt-dix, même s'il y a des erreurs qui ont été faites, et on en a parlé, mais il y a des mesures intéressantes, comme par exemple Valorisation-Recherche Québec, qui a bénéficié de 200 millions, plus ensuite un autre 100 millions de dollars pour favoriser le passage des découvertes scientifiques de nos universités vers le privé. Et, dans ce sens-là, nous avons, au Québec, un secteur de recherche qui est extraordinaire et qu'il faut préserver. Dans ce sens-là, le fait de trouver une équation, pas toujours facile mais qui permet de trouver un équilibre entre les prix concurrentiels, d'une part, des médicaments génériques et, d'autre part, les investissements dans l'industrie pharmaceutique, est quelque chose d'absolument essentiel.

Mais, concernant les génériques, il ne suffit pas d'avoir des médicaments génériques, il faut aussi en encadrer

le prix qui est payé par l'État, par les citoyens. Et, dans ce sens-là, j'aimerais entendre le ministre nous parler un petit peu de ce qui s'est fait plus récemment. Et, selon l'information que j'ai et selon ma compréhension, la Politique du médicament a permis un nouvel encadrement des prix, et ce nouvel encadrement là a... possiblement aussi les réductions qui en ont découlé... Est-ce qu'on est en mesure, à l'heure actuelle, de tirer des conclusions là-dessus, sur des réductions de prix? Et, d'une façon générale, est-ce que le ministre pourrait nous expliquer quel est l'élément principal de ce nouvel encadrement et son effet?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, d'abord, il a fallu encadrer l'indexation ou l'augmentation annuelle des prix inscrits à la liste des médicaments pour les médicaments d'innovation. Alors, ça a été l'objet, je dirais, de longues négociations entre l'industrie et le gouvernement, où on s'en est tenu finalement à l'indice des prix à la consommation et à des compensations financières, qui doivent rester confidentielles, ça fait partie de l'entente de l'industrie, envers le gouvernement du Québec pour aider à atténuer l'impact budgétaire de ces augmentations de prix.

Maintenant, il y a l'autre versant qui est le versant des génériques, qui est intéressant parce qu'en abaissant les génériques comme on le fait — et ça a commencé à être effectif en février 2008 — on dégage des économies mensuelles de 5 millions. Ça veut dire que, sur une base annuelle, on économise 60 millions de dollars avec la baisse des prix des génériques, ce qui compense largement l'impact de l'indexation des prix des médicaments d'innovation. Alors, on ne veut pas non plus être bénéficiaires là-dedans, on veut que ce soient les Québécois qui gardent l'accès aux médicaments surtout, et aux nouveaux médicaments, mais on veut également que l'impact soit mitigé.

Alors, on voit que, d'une part, l'encadrement de l'indexation ou l'augmentation qui est prévue et permise, et, d'autre part, la baisse des prix des génériques, qui commence, à partir de février 2008, à apporter des bénéfices mensuels de 5 millions par mois, donc 60 millions sur une base annuelle, va nous permettre de maintenir cet équilibre qui encore une fois est très ténu, est très difficile à maintenir partout dans le monde. C'est un autre domaine, les médicaments, M. le Président, où peu de pays ont trouvé de solutions magiques. Il faut toujours vérifier les impacts plus larges des politiques qu'on propose avant de les mettre en place.

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

#### **Accessibilité financière aux médicaments**

**M. Reid:** Bien, justement, M. le Président, parlant des politiques en général, j'aimerais, si possible, que le ministre nous parle des politiques qui ont été mises en place depuis... enfin, des actions ou des politiques qui ont été mises en place depuis 2003. Il n'est pas nécessaire d'aller plus loin pour faire des comparaisons, on n'ira pas toujours chercher ce qui s'est passé dans les années quatre-vingt-dix, mais, depuis 2003, il y a beaucoup d'efforts qui ont été faits, de politiques, notamment pour l'accès aux médicaments mais aussi pour la gratuité. Il y a eu certains

élargissements au niveau de la gratuité, au niveau de l'accès aux médicaments à des prix raisonnables, et tout ça.

Et donc, j'aimerais, si possible, donner la possibilité au ministre, là, de nous éclairer de façon synthétique sur ce que nous avons fait depuis 2003, et comment cette chose-là a évolué pour en arriver, aujourd'hui, à la Politique du médicament que nous avons. Mais en particulier j'aimerais qu'il nous éclaire sur l'aspect de la gratuité qui a été présent dans l'opinion publique et dans les efforts que nous avons faits depuis 2003. Alors, où est-ce qu'on en est aujourd'hui et d'où ça vient?

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

● (10 h 30) ●

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, je rappelle qu'il y avait quatre axes à la Politique du médicament: l'accessibilité aux médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour ceux-ci, l'usage optimal et le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec. D'ailleurs, le gouvernement du Québec a innové en publiant une politique semblable qui intègre les aspects économiques et les aspects santé, et je dirais que cette politique est largement diffusée actuellement au niveau international et sert de référence.

Maintenant, il y a des politiques qu'on trouvera dans la liste des crédits, la liste des actions et des échéanciers et ce qui est en cours actuellement. Sur le plan de la gratuité, ce qui est l'objet de la question de notre collègue, il faut réaliser qu'on a, depuis 2003, rétabli la gratuité des médicaments pour environ 325 000 personnes vulnérables. On a commencé avec les personnes âgées recevant 100 % du supplément de revenu garanti. Dans un deuxième temps, et c'est en place depuis juillet 2007, nous avons étendu la gratuité des médicaments aux personnes âgées recevant 94 % et plus du supplément de revenu garanti de même qu'à tous les prestataires d'assistance-emploi, alors, ce qui, dans le dernier groupe de personnes, représente 280 000 personnes, un total de 325 000 si on prend toutes les populations auxquelles on a étendu la gratuité depuis 2003.

Je dirais qu'en termes social c'est un gain considérable, mais cependant ça nous rappelle le fait que notre régime d'assurance médicaments est un régime qui n'est pas un pur régime d'assurance, mais à la fois un régime d'assurance et un régime d'assistance, ce qui lui donne des caractéristiques qui sont un peu différentes de celles des régimes d'assurance habituels. Il est certain que les personnes à faibles revenus... Et les seuils de faibles revenus diffèrent d'un repère à l'autre ou d'une organisation à l'autre, mais, si on prend un prestataire d'assistance-emploi avec un revenu annuel de l'ordre de 7 000 \$, il est clair qu'une facture de médicaments même minime peut représenter un impact considérable.

On peut dire qu'actuellement, avec les prestataires de sécurité de revenu et les prestataires d'assistance-emploi, jusqu'à un revenu d'environ 12 000 \$, les Québécois éligibles à ces baisses ne paient plus leurs médicaments, des médicaments qui sont très coûteux. Et je pense qu'on a tendance à oublier le coût réel des médicaments qui, dans certains cas, peuvent représenter des sommes considérables, mais on considère que ça fait partie des bénéfices d'un système de santé et encore une fois toute la question de l'équilibre entre la création de la richesse, l'accueil d'une industrie dynamique et l'étendue des bénéfices sociaux dont nous profitons au Québec.

## Ententes de partage de risques avec l'industrie pharmaceutique

**Le Président (M. Kelley):** Juste sur ça, je me rappelle, dans le *Globe and Mail*, quand il y avait un article où — je pense, ça fait six ou sept ans — c'était la première fois au Canada que les coûts des médicaments dans le système dépassent les honoraires des médecins. Alors, c'est comme un élément important pour voir tout ça.

Dans l'application de la Politique du médicament, je me rappelle, il y avait un élément innovateur, c'était la possibilité de faire le partage des risques dans l'introduction de certains nouveaux médicaments dans le système. Et j'ai eu écho — parce qu'il y a certaines compagnies pharmaceutiques dans la région que je représente à l'Assemblée nationale — une certaine impatience quant à la mise en oeuvre de cette possibilité. Juste d'une façon générale, je n'ai pas un produit en tête, mais c'est quoi, le processus pour déclencher ces genres d'ententes quant au partage des risques au niveau de l'introduction des nouveaux médicaments au Québec?

**M. Couillard:** C'est qu'effectivement on a donné la possibilité de conclure deux types d'entente: les ententes compensatoires liées à l'indexation des prix et les ententes de partage de risques dans le cas de certains médicaments sur la liste des médicaments d'innovation. Le problème que nous rencontrons actuellement avec l'industrie, et on a des échanges fréquents avec eux sur cette question, c'est qu'on a pensé peut-être, dans certains secteurs de l'industrie, que cette politique d'entente de partage de risques était un substitut à l'inscription du médicament, c'est-à-dire qu'on pouvait ne pas tenir compte de règles d'inscription telles que l'efficacité et le rapport coût-bénéfice pour passer directement à une inscription avec entente de partage de risques. Ce n'est pas ça.

La phase initiale d'examen des médicaments doit être basée d'abord sur les bénéfices thérapeutiques et les autres critères du Conseil du médicament qui décide de l'inscription. Maintenant, une fois l'inscription accordée, elle peut l'être sur deux types de liste: la liste régulière et la liste des médicaments d'exception. Peut-être y a-t-il des cas où une proposition d'inscription sur la liste d'exception ou un médicament qui est actuellement sur la liste d'exception pour lequel il y a une demande de l'industrie de le transférer à la liste régulière pourrait théoriquement faire l'objet d'une entente de partage de risques, mais à date on a relativement peu de propositions de ce type-là. Ce qu'on a vu souvent, c'est des propositions visant à permettre l'inscription d'un médicament qui, sur la base des critères du conseil, ne le serait pas en utilisant le véhicule de l'entente de partage de risques. Alors, on rappelle à chaque fois à l'industrie que ce n'est pas le but de la politique proposée.

**Le Président (M. Kelley):** Pardon, M. le député, j'ai volé... Avez-vous une autre question ou...

**M. Reid:** Est-ce qu'il reste du temps, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Il reste deux minutes.

### Crédits consacrés au paiement des médicaments

**M. Reid:** Bien, écoutez, ma question, elle est courte si les informations existent; si elles n'existent pas, bien je pense qu'on devra attendre. Mais en gros vous avez posé une question, M. le Président, tout à l'heure, concernant le prix des médicaments qui prend beaucoup de place dans les budgets de la santé. On est dans l'étude des crédits; si les informations existent, ce serait intéressant de nous donner une perspective très sommaire sur l'évolution dans les crédits, écoutez, qui ont accéléré de façon extraordinaire depuis 2003 en termes de crédits dédiés à la santé. Quelle est la part qui est occupée par les médicaments en gros et toute la question des médicaments dans les crédits de la santé, au Québec?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, ça me permet également de clarifier quelque chose. Je voyais tantôt un bandeau passer à RDI, qui disait que les coûts d'assurance médicaments étaient de 3,4 milliards; c'est inexact. Les coûts d'assurance médicaments font partie des coûts plus larges des services pharmaceutiques — j'ai perdu mes lunettes, ça va aller très mal. Elles sont ici.

Alors, si on regarde... Et d'ailleurs on a les personnes de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui sont avec nous, et on pourra comparer avec eux les budgets. Mais il faut savoir que les services pharmaceutiques au Québec représentent plusieurs types de dépenses.

Il y a les dépenses reliées au régime d'assurance médicaments, et là il y a les dépenses brutes et les dépenses nettes. C'est-à-dire que, par exemple, l'an dernier — on regardera les chiffres de cette année — c'était environ 2,5 milliards de dépenses brutes et 2,1 milliards de dépenses nettes. Il faut soustraire les contributions des personnes, soit les primes et les contributions au comptoir.

À ça s'ajoute le coût des médicaments en établissement, qui est considérable, et souvent les médicaments les plus coûteux se trouvent en établissement, notamment les médicaments pour le cancer, qui sont très, très élevés en termes de coûts. Donnons l'exemple de deux médicaments introduits au cours des derniers mois, l'Avastin et l'Herceptin, là — sans donner de marque de commerce — deux médicaments coûteux pour le cancer qui bénéficient bien sûr à notre population mais qui s'ajoutent à la facture des services pharmaceutiques.

Et le troisième domaine, troisième poste de dépenses, ce sont les services pharmaceutiques obtenus auprès des pharmaciens, c'est-à-dire les honoraires des pharmaciens payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour remplir les prescriptions.

Maintenant, sur les plans d'évolution de croissance annuelle du régime — on pourra peut-être reprendre la discussion avec les gens de la Régie de l'assurance maladie du Québec — ce qu'on observe, au cours des dernières années, c'est un ralentissement du taux de croissance. Il est clair que les médicaments augmentent et augmenteront toujours plus rapidement, beaucoup plus rapidement que l'inflation, et probablement plus rapidement que le rythme général de croissance du système de santé, encore qu'on voudrait le rapprocher de cet objectif-là. Mais c'est le cas partout sur la planète, parce qu'il s'agit de produits

extrêmement coûteux, et encore une fois le Québec ne peut pas s'isoler de la réalité économique internationale. Mais on remarque, alors qu'on obtenait des taux de croissance, entre 1997 et 2000-2001, de 15 %, 16 %, 20 %, on est récemment tombés sous la barre des 10 %, ce qui est encore considérable, mais qui cependant témoigne, je dirais, d'un contrôle relatif de la croissance du régime, tout en sachant que les médicaments sont extrêmement coûteux.

Alors, souvent, je rencontre des citoyens qui me disent: Ça coûte donc cher, les médicaments, on paie la prime, on paie les contributions au comptoir. Et souvent il faut rétablir quand même la réalité économique du fait que, par rapport au coût réel de ces produits-là, c'est un des endroits en Amérique du Nord, le Québec, où on en paie la plus petite fraction en termes de déboursés des citoyens qui sont des bénéficiaires du régime d'assurance médicaments. Mais je suppose qu'avec les collègues de la RAMQ qui sont ici on pourra revenir sur cette question de façon plus détaillée.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de La Peltrie.

### Pratique mixte de la médecine (suite)

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Je voulais prendre encore un peu de temps avec le ministre pour revenir sur la mixité avant de céder la parole à mon collègue, parce que, dans notre dernier échange, il y a un certain nombre de choses que le ministre a avancées qui étaient inexactes.

D'abord, je souligne au passage que le ministre n'a toujours pas quantifié le nombre de médecins suffisant pour autoriser la pratique mixte. Il a plutôt demandé aux fédérations de le faire. Bon. Je trouve ça un peu dommage parce que, que je sache, c'est encore lui, le ministre. Et je n'ai pas demandé, moi, aux fédérations d'établir un seuil acceptable de médecins avant de me commettre sur le sujet. Donc, je l'invite à faire preuve de responsabilité puis à faire la même chose, qu'il nous dise c'est quoi, le ratio, le ratio acceptable de médecins pour permettre la mixité, et, à ce moment-là, on pourra avoir des échanges intéressants là-dessus.

M. le Président, le ministre de la Santé tantôt a dit: Il n'y a pas vraiment de magie, hein, si on veut réduire les coûts du régime public, il faut revoir, nécessairement revoir le panier de services et désassurer certains actes médicaux. Ce n'est pas le but de la mixité. La mixité du service justement dit: On peut continuer à avoir des services qui sont assurés pour les gens qui n'ont pas la capacité de s'offrir ces services-là au privé et on peut aussi permettre d'aller au privé — il l'a dit lui-même — pour les gens qui voudraient et qui en ont la capacité, qui voudraient avoir accès à ce service-là.

Donc, c'est faux de dire que la seule solution envisageable, c'est de désassurer des services. Oui, effectivement ça peut être une question. D'ailleurs, le rapport Castonguay dit: Il faut revoir le panier de services. Mais de dire que c'est la seule façon de faire, ça, ce n'est pas vrai, par exemple. Et il constatera que, de notre côté, revoir le panier de services n'est pas la première solution qu'on a envisagée. Au contraire, on s'est dit: On va justement

offrir une liberté de choix qui fera en sorte qu'on ne sera peut-être pas obligés de faire ce geste-là un jour.

● (10 h 40) ●

Et, pour ce qui est de... Ça, je trouve ça un peu dommage, un peu déplorable, le ministre de la Santé qui dit qu'on va couper nécessairement dans la rémunération des médecins. Ralentir le niveau d'augmentation, ça ne veut pas dire couper. Ralentir le niveau d'augmentation, que je sache, là, c'était dans la lignée du rapport Castonguay. Alors, c'est ce qu'il dit, M. Castonguay, il dit: Il faut ramener nos dépenses de programmes, là, au niveau de notre richesse collective. Et, à ce jour, le ministre a encore été incapable de nous dire, un, si c'était son intention de le faire et, deux, comment il comptait y arriver. Mais une chose est sûre, c'est que, dans tous les services, on le sait, hein, le salaire, c'est probablement la part la plus importante dans les augmentations. Alors, si lui décide de ne pas envisager de solution à ça, ce qu'il nous dit, c'est qu'il n'a pas l'intention de ralentir les dépenses de programmes, et donc que ça va continuer à augmenter, et donc que la ministre des Finances, qui nous disait qu'on s'en va dans le mur, verra un jour sa prédiction se réaliser, à moins qu'il y ait d'autres solutions à...

Et, soit dit en passant, M. le Président, le ministre de la Santé nous disait: Il n'y a aucun pays qui a réussi à limiter ses dépenses de programmes au niveau de sa richesse collective. Ça, c'est une autre fausseté que le ministre de la Santé a dite parce que la France y est arrivée effectivement, avec des dépenses de programmes qui étaient en deçà de la richesse collective. On lui montrera les chiffres dans les documents qu'on a, là. La France est arrivée à le faire.

Autre chose, M. le Président, d'ailleurs, un petit tableau fort intéressant qui dit que le Québec, s'il était un État, serait de ceux qui dépensent le plus en santé, au niveau de son PIB, que bien d'autres États qu'on nomme, qui vont dépenser moins que le Québec, en termes de PIB, là, qui dépensent moins que le Québec et qui ont des résultats meilleurs, hein, qui sont plus performants.

D'ailleurs, petite statistique intéressante. M. le Président, vous êtes député à Montréal. Le ministre de la Santé nous dit: La vraie solution, c'est d'augmenter notre nombre de médecins, puis, quand on va augmenter notre nombre de médecins, tout va être réglé, ça va être réglé, il n'y en aura plus, de problème. Savez-vous qu'à Montréal, l'île de Montréal a un ratio de médecins par habitant qui est équivalent à celui de la France? Et je mets au défi mes collègues députés à Montréal de me dire qu'il n'y a plus aucun problème sur l'île de Montréal en termes d'accessibilité. 3,1, la moyenne, le... 3,01, pardon, pour être plus exact, le ratio de médecins sur l'île de Montréal. Et, que je sache, les problèmes ne sont pas réglés par magie, là. Que je sache, s'il y a une place où il y a des problèmes, c'est à Montréal. S'il y a une place où on crie à l'aide, c'est à Montréal. Pas mal plus qu'à Alma. Pas mal plus qu'à Alma. Et il va être content parce qu'on va lancer des fleurs à son collègue et ami, le Dr Bolduc, qui a trouvé d'autres solutions que de juste augmenter le nombre de médecins, qui n'a pas eu peur d'innover, et j'invite le ministre de la Santé à suivre cet exemple-là.

Dernier point avant de céder la parole au ministre, M. le Président. Quand le ministre de la Santé nous dit: Les régions vont être dévastées par la mixité de la pratique parce que la seule façon qu'on a de pénaliser les médecins,

c'est sur la rémunération, s'il avait bien lu le projet de loi, hein, il aurait constaté qu'il y a un article qui dit explicitement qu'un médecin doit maintenir son niveau de rémunération sinon il perd le droit à la mixité. Or, imaginez-vous le médecin qui est à 120 %, 130 % de sa rémunération, qui décide de venir pratiquer en ville, qui a la pénalité sur la rémunération, imaginez-vous, pour maintenir son droit à la mixité de la pratique, l'augmentation de son temps de pratique, ce que ça représente pour combler l'écart. Puis après ça, là, un coup qu'il va avoir augmenté sa pratique publique pour maintenir son niveau de rémunération, là il va s'en aller travailler au privé? Voyons donc, M. le Président, voyons donc, le ministre de la Santé sait bien que ça n'a pas d'allure. Le ministre de la Santé sait très bien qu'un médecin qui travaille en région, avec la bonification sur son salaire, a tout intérêt à rester en région et assurer une pratique mixte en région. Parce que ça peut se faire.

Le ministre de la Santé a l'air à dire qu'en région, là, c'est quoi, c'est tous des indigents, là, il n'y a pas personne qui est capable d'aller voir un médecin parce qu'il est en région? Voyons donc, M. le Président, là, c'est ridicule, là, c'est ridicule. Le ministre de la Santé sait très bien que mathématiquement son argument ne se tient pas, ne se défend pas. Et le projet de loi justement prévoit ces situations-là pour maintenir une rémunération au public avant de permettre à un médecin de pouvoir pratiquer... c'est-à-dire pour permettre à un médecin de pratiquer au privé.

Et donc je l'invite encore une fois à nous indiquer comment il va donner suite au rapport Castonguay, comment il entend... et aux craintes de la ministre des Finances, comment il va réduire les dépenses de programmes pour les ramener à peu près au niveau de notre richesse collective. Parce qu'à date, dans son plan de match, là, il n'y en a pas, de solution, il n'y en a pas, de solution sur cette question-là. Et comment il va faire aussi pour rester attractif pour les médecins? Parce que, malgré les augmentations consenties, on est encore en dessous de la moyenne canadienne, et, on va le constater, on va le constater, il y a pas mal de médecins qui désertent le Québec pour aller pratiquer ailleurs; parce qu'il y a quelque chose qui n'est pas attractif au Québec, il faut croire, j'imagine. Peut-être que je fais des mauvais constats, peut-être que le ministre, lui, a les bons constats puis qu'il va nous annoncer des solutions, qu'il tarde à mettre en place à l'heure actuelle.

**Le Président (M. Kelley):** Avant de passer la parole au ministre, je veux juste m'adresser aux étudiants en haut: Bienvenue à l'Assemblée nationale. On est en train de faire un débat sur le système de santé et le 24,6 milliards de dollars que nous allons dépenser cette année pour garder nos hôpitaux ouverts et payer nos médecins et nos infirmières. Alors, bienvenue parmi nous. M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. Je trouve regrettable, le député de La Peltrie, il est vraiment sur son obsession idéologique, là. Il veut le privé parce qu'il aime le privé; il ne veut pas le privé parce que c'est bon pour le monde. Il faut faire la différence, là. Il y a plusieurs choses qui ont été touchées dans son intervention.

D'abord, sur le plan de l'augmentation des dépenses publiques de santé à l'OCDE, la seule exception de tous les chiffres que je vais dire, c'est l'Allemagne, à 1,7 %, puis on verra, on va faire une étude appropriée pour voir comment il se fait qu'en Allemagne ça se soit produit. Mais, au cours, là, des années 2000 à 2005, voici le rythme de croissance des dépenses publiques de santé pour les pays de l'OCDE et le Québec: Canada, 7,1 %; Danemark, 6,2 %; États-Unis, 8,7 %; Finlande, 7,1 %; France, 7,1 %; Irlande, 14,4 %; Norvège, 7,4 %; Royaume-Uni, 9,6 %; Suisse, 5,5 %; Suède, 5,5 %; Québec, 5,6 %.

Alors, en fait, parmi l'OCDE — bien je pourrais vous donner une copie, c'est un document de travail, là, mais ça nous fera plaisir de donner une copie aux parlementaires — on pourrait même dire que, pour ce qui est de l'objectif de rapprocher le taux de croissance de dépenses publiques en santé du PIB, le Québec est un des États de l'OCDE qui réussit le mieux à atteindre cet objectif-là actuellement. Il faut faire plus, il faut le rapprocher, mais ceux qui pensent qu'on peut descendre le rythme d'investissement en santé au niveau de la croissance du PIB strictement se bercent d'illusions, là, ça n'arrivera pas à moins de couper sauvagement dans les services. Alors, ce qu'on peut faire, c'est les amener dans un pourcentage d'écart qui est acceptable et contrôlable. J'ai déjà dit que, dans une société riche comme la nôtre, on doit, en créant suffisamment de richesse, être capable d'arriver à cet objectif-là.

Le député parle encore de la rémunération des médecins. Il se contredit, là, il dit qu'il faut rendre la rémunération plus intéressante puis en même temps il faut diminuer la croissance de la rémunération des médecins. Je pense qu'ils ont bien compris le message quand ils vont lire les galées. De dire qu'ils vont aller combler la différence avec la pratique privée mixte, c'est une grande illusion, là, parce que c'est la petite minorité des médecins qui vont avoir accès à ce pactole éventuel.

Pour ce qui est de l'effectif requis, bien je ne serais pas très exigeant, je vais attendre... Parce que les fédérations que j'ai vues se sont exprimées. Donc, moi, je m'attends à ce qu'elles me disent que 90 % et plus des Québécois ont un médecin de famille, 90 % des soins spécialisés sont donnés dans les délais raisonnables et il n'y a pas de rupture de services. Je ne serais pas trop exigeant dans les spécialités de base en région. Quand les fédérations m'assureront que c'est le cas et qu'ils s'engagent à ce que ça demeure le cas, moi, je considérerais qu'ils viennent de s'exprimer, d'exprimer le fait qu'il y a un effectif médical supplémentaire.

Alors, on l'a vu, M. le Président, c'est une erreur logique de dire que la mixité de pratique en elle-même diminue la facture. Non seulement elle ne diminue pas la facture, mais elle peut même restreindre l'accès. Il y a également des études de l'OCDE qui montrent que, pour les patients du réseau public, la présence d'une pratique privée mixte a réduit l'accès et allongé les listes d'attente. Alors, il faut être extrêmement prudent dans ce genre d'affirmation là parce que ça va d'un côté ou de l'autre. Parce que, tu sais, c'est que ça tombe sous le sens, là. Le monde qui nous écoute, là, on a l'impression que le chirurgien qui s'en va faire une opération dans une clinique s'en va là tout seul avec sa petite boîte à lunch, le soir, là. Bien, il va amener avec lui bien du monde, bien du monde qui ne seront plus tellement intéressés à aller travailler dans le réseau public.

Puis non seulement on ne veut pas juste qu'ils maintiennent leur niveau de productivité et de rémunération, on veut qu'ils l'augmentent. Il y a un gain de productivité à faire au niveau de la profession médicale puis nécessairement pour la majorité de la population qui de toute façon ne pourra jamais même rêver à se payer des services médicaux privés. Je pense qu'un des bénéfices de l'introduction de ces choses-là actuellement, c'est de faire prendre conscience aux Québécois des coûts réels des services qu'on se paie collectivement, où on a un peu l'illusion que tout ça est gratuit. C'est loin d'être gratuit, personne ne le fait bénévolement, et les coûts réels des services sont considérables. Alors, quand il dit encore une fois qu'il faut ralentir le niveau d'augmentation de rémunération des médecins, je peux vous dire que ça a été reçu probablement très clairement par les fédérations médicales comme une manifestation d'intention, là, de la part de l'ADQ.

● (10 h 50) ●

Mais qu'est-ce qu'on va faire d'abord pour ceux qui n'ont pas accès à la pratique privée? Parce que n'est pas vrai qu'en région il y a la masse critique nécessaire pour justifier un investissement d'une clinique médicale spécialisée pour faire de la chirurgie ou des actes diagnostiques. Ce n'est tout simplement pas vrai, pas viable sur le plan économique. Alors, je suppose que, là, on va nous demander de subventionner des cliniques privées en région ou d'augmenter encore plus la rémunération des médecins qui vont en région.

Pour la question des plans d'effectifs puis des pénalités de rémunération, qui est une réalité implacable que je mentionnais tantôt, bien, si on suit la logique de l'ADQ, on va nous dire d'augmenter encore plus les incitatifs pour les médecins pour aller en région, alors qu'actuellement, avec des incitatifs de plusieurs milliers de dollars, on a de la difficulté à remplir des quarts de travail à 20 minutes de Montréal.

Alors, tu sais, il y a une réalité, là, qui échappe, là, je crois, à la compréhension, et il faut... Moi, je demanderais au député d'être plus raisonnable et moins dogmatique dans ses propos. Il ne faut pas se demander le privé pour le privé, parce qu'on aime ça, le privé; il faut dire qu'est-ce que ça donne au monde, les gens qui nous écoutent, dont le revenu moyen est de moins de 35 000 \$, qu'est-ce que ça leur apporte, compte tenu du fait que la demande de soins va toujours grandir avec le changement de la démographie, de la technologie et des médicaments.

Puis, en passant, les gens les plus malades des prochaines décennies, ça va être le monde que le privé ne peut pas voir, ça va être les personnes âgées ou très âgées, ça va être les personnes avec des problèmes chroniques multiples, avec des médicaments, tiens, coûteux. On assiste à une tendance, ces temps-ci, de régimes privés d'assurance médicaments qui évacuent les gens vers le régime général d'assurance médicaments parce que, dans le privé, on ne veut pas les mauvais risques, on veut juste ce qui va bien, ce qui va vite, puis ce qui ne coûte pas cher, et ce qui rapporte beaucoup. Ce n'est pas mauvais, là. En soi, sur le plan économique, c'est justifié d'avoir cette approche-là. Mais, quand on la permet, cette approche-là, on doit s'assurer qu'on ne nuit pas au plus grand nombre. Et la façon dont l'ADQ amène cette question-là actuellement est un exemple classique d'une politique

qui nuirait à l'intérêt commun des Québécois dans la forme actuelle du système de santé et dans la distribution actuelle des effectifs médicaux.

Alors, je rappelle... tiens, je vais répéter mon invitation, parce que je suis certain que ce sera lu avec intérêt: Qu'on nous indique que 90 % des Québécois ont des médecins de famille, que 90 % des soins spécialisés sont faits dans les délais raisonnables et qu'il n'y aura plus de rupture de services dans les spécialités de base en région, et on va considérer qu'on dispose, au Québec, alors, d'un effectif médical satisfaisant, satisfaisant parce que... Pourquoi je dis 90 % pour les médecins de famille? Parce qu'il y a un pourcentage de la population qui ne recherche pas de médecin de famille. Pratico-pratique, là, c'est ce qui se produit. Mais il faudrait que tous les gens qui ont besoin, qui recherchent un médecin de famille, les jeunes familles, les personnes qui ont des besoins particuliers minimalement, et tous les autres également, aient accès à un médecin de famille. Lorsqu'on sera arrivés là, moi, je conclurais qu'on a assez de médecins.

Puis je dois demander aux fédérations qu'est-ce qu'on peut faire de plus, là. Tous les obstacles, on les a enlevés. On a enlevé les plafonds de rémunération, on a augmenté les incitatifs, on a augmenté les niveaux de rémunération. Et on constate que, pour des raisons sociales qui débordent de la médecine, il y a des changements de choix de vie, des changements de pratique médicale qui vont faire en sorte que, même avec les ajouts considérables de médecins, on n'aura probablement pas un ajout proportionnel de services, pas parce que l'État ne met pas à la disposition des professionnels des incitatifs de bonne qualité pour augmenter leur productivité, parce qu'encre une fois il y a des choix qui sont faits, sur lesquels l'État a très peu de contrôle compte tenu des éléments de différence qui existent entre ce système de santé québécois et les autres systèmes.

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

**M. Caire:** M. le Président, d'abord...

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste quatre minutes.

**M. Caire:** Hein? Il me semble que ça va toujours plus vite quand c'est moi qui parle. Ce n'est pas juste, M. le Président.

M. le Président, simplement pour... Bien, je vais revenir d'abord sur les chiffres. Le ministre de la Santé nous dit: Ah, nous autres, on est à 5,5, ça va bien, il n'y en a pas, de problème. Moi, je suis désolé, là, mais l'augmentation des dépenses, là, en 2007-2008, ça a augmenté de 7,8. 7,8, M. le Président, là. Moi, je m'excuse, là, mais, à un moment donné... Et même la ministre des Finances, dans son document de présentation du comité Castonguay, parlait de 6 à 6,5. Alors, il n'y a personne à part le ministre de la Santé qui nous parle de 5,5 d'augmentation des dépenses de programmes. Je suis désolé, là, mais, à un moment donné, il va falloir qu'on dise les vraies affaires, là. Puis justement je l'invite... vous relirez ça, là, il n'y a personne là-dedans qui parle de 5,5, là. Relisez-le, là. Puis c'est vous autres qui avez produit ce document-là, ce n'est pas moi.

Alors, à un moment donné, M. le Président, il va falloir qu'on... Si on veut avoir des solutions claires, il faut qu'on fasse un constat qui est clair. C'est sûr que, si on vit dans l'illusion, on peut se dire: Tout va bien, il n'y en a pas, de problème, nos dépenses, ça n'augmente pas tant que ça, puis il n'y en a pas, de problème. Mais, si on fait le constat que ça augmente trop puis qu'on n'a pas la capacité de suivre, bien il faut prendre des mesures puis il faut apporter des solutions.

Ceci étant dit, M. le Président, je ne présente pas la mixité comme la solution universelle, mais, le ministre l'a dit, tous les pays européens se sont penchés vers ce genre de solution là. Et autant sur les assurances duplicatives — parce que je vais revenir comme ça — bien, les assurances duplicatives, il y a un partage des risques. C'est sûr qu'ici, l'assurance n'étant pas ouverte de façon encadrée, il n'y a pas de partenariat avec le gouvernement, bien il y a les attitudes qu'on connaît. Mais le ministre de la Santé sait très bien que les mutuelles, en France, ne peuvent pas refuser d'assurer quelqu'un sur la base de son revenu. Il le sait parce qu'il a visité la France et il a discuté de ces sujets-là avec les fonctionnaires au gouvernement français. Il le sait très bien. Il le sait très bien.

Mais c'est sûr que, si on s'ouvre aux genoux, aux hanches puis aux cataractes, «that's it», ça s'arrête là, on ne risque pas d'avoir une évolution de nos façons de faire. Mais, si on a une façon... Et d'ailleurs je l'invite à relire le communiqué de presse de la Fédération des médecins résidents, hein? Ça, c'est les médecins, là, sur lesquels il compte pour venir sauver le système de santé, là, c'est eux qu'il nous annonce comme les sauveurs du système de santé, là. Eux disent: Le projet de loi n° 392 est un exemple de la façon intelligente dont on peut encadrer le privé pour qu'il vienne au service du public. Ce n'est pas moi qui le dis, là, c'est le Dr Bernier.

Alors, M. le Président, je pense que jusqu'à date, s'il y a quelqu'un qui a été assez factuel dans ses arguments, c'est moi, puis j'invite le ministre à rester factuel dans ses propres arguments.

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, d'abord, je regrette, les chiffres que j'ai cités, j'ai dit: Période de 2000 à 2005, sur cinq ans, la moyenne, c'est 5,6 % au Québec. On a beau tourner ça de tous les côtés, là, c'est ça, la moyenne. Il y a des années plus élevées, des années moins élevées. Ça ne veut pas dire que le problème n'est pas important; le problème est important, mais il n'est pas du tout...

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Bien là, le député ne comprend pas ce que je viens de dire, là. Il parle de 2007-2008. Moi, je lui dis: Sur 2000 à 2005.

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Non, mais on a un problème de base de compréhension grammaticale, là. Je lui dis que c'est de 2000 à 2005, de 2000 à 2005, de 2000 à 2005. Alors, 5,6 %. L'aveuglement idéologique conduit à de tristes écarts, M. le Président.

Alors, d'autre part, la France, pour laquelle effectivement on aimerait avoir un niveau d'accès, là, comparable, ils ont 15 milliards d'euros de déficit dans leur système de santé, en passant, minimum, aux dernières informations. Et, on oublie toujours, je ramène encore le député sur les différences fondamentales entre les systèmes de santé européens. Il les gomme, c'est comme si ce n'était pas important, le fait que là-bas les médecins ne sont pas des professionnels autonomes dans les hôpitaux, le fait, là-bas, qu'ils ont des revenus de rémunération... Bien, c'est des réalités, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise? Moi, quand je rencontre un chirurgien cardiaque, en Espagne, à 70 000 euros par année ou un chirurgien vasculaire, c'est ça, la réalité, là-bas. Puis ils aimeraient bien ça faire du privé un peu dans le paradis de la mixité, mais sauf qu'ils se font tasser par les autres docteurs qui veulent se garder le royaume de la mixité pour eux. Alors ça, c'est la réalité, comment ça se passe dans ces hôpitaux-là, c'est comme ça.

Maintenant, dans la question des assurances, là, le député semble souhaiter rapidement une extension des assurances rapide à tous les services médicaux. Je comprends que c'est leur position. Alors, d'abord, avec la question de la mixité, on a une politique antirégion, puis là on veut détruire les entreprises du Québec puis du Canada. Parce que ce qui est considéré comme un avantage — bien il rigole, M. le Président, mais il ira en parler aux dirigeants d'entreprise — ce qui est considéré comme un avantage compétitif majeur au Canada et au Québec et qui fait que, chaque jour, chaque mois, il y a des décisions d'implantation d'entreprises qui se font non pas en dépit mais en raison du type de système de santé qu'on a au Canada et au Québec, c'est le fait que c'est un système de payeur unique, largement de payeur unique, sans assurances privées collectives qui finissent toujours par être à la charge des employeurs et des travailleurs, mais surtout des employeurs.

Alors ça, là, il n'a pas besoin d'aller loin au sud de notre frontière pour voir les impacts des primes d'assurance sur l'économie et sur les assurances pour un système de santé qui, en passant, a un niveau d'excellence de soins qui est considérable mais un niveau d'accès pour la population qui est certainement inférieur au nôtre. Je parle des gens défavorisés.

Maintenant, que les fédérations médicales souhaitent la mixité, dans le fond, à y réfléchir, ce n'est pas surprenant, il n'y a pas un syndicat qui ne veut pas que ses membres n'augmentent pas leurs revenus, là. Alors, je comprends que l'ADQ est content de suivre ce mouvement-là, mais il faut aller plus loin que ça. C'est là que l'intérêt particulier d'une corporation ou d'un groupe de professionnels doit être mis en relation avec l'intérêt global de la population.

● (11 heures) ●

Alors, le jour, je répète — je fais une précision intéressante, là, puis je suis certain que les gens, un jour, nous diront: Ça y est, on est arrivés là — le jour où 90 % des Québécois auront un médecin de famille, que 90 % des actes médicaux spécialisés, incluant les actes diagnostiques, seront accomplis dans les délais raisonnables, le jour où il n'y aura plus de rupture de services dans les spécialités de base — et j'oubliais les salles d'urgence, il y en a pas loin de Montréal où c'est le cas — bien le jour où... Il faut que les fédérations médicales soient logiques. Si elles sont capables de garantir aux Québécois que c'est

la réalité et qu'elle va être maintenue, moi, je n'ai aucun problème à ce qu'on passe à la fin de l'interdiction de la mixité de pratique, mais ça ne me semble pas tout à fait le cas, d'après ce que je constate sur le terrain, là.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Tel que convenu, on va sauter le tour du deuxième groupe de l'opposition dans ce bloc et passer la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce.

**M. Drainville:** ...imaginez le lien à ce stade-ci, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Un bloc éclair. M. le député.

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. Peut-être quelques commentaires sur toute la question de la mixité qui intéresse fortement le député de La Peltrie. Je comprends, M. le Président, vous et moi, nous avons déjà également proposé des projets de loi publics au nom des députés. On est toujours fiers de proposer un projet de loi, hein, qui porte son nom. Le député de La Peltrie défend vigoureusement son projet de loi à l'étude des crédits, c'est de bonne guerre, mais, moi, je trouve, M. le Président, personnellement, qu'il passe énormément de temps à défendre son projet de loi et très peu de temps à questionner le ministre sur les crédits du ministère. Mais ça, c'est autre chose. Peut-être, c'est parce qu'il trouve que les crédits sont tellement bons que ça les intéresse moins que d'autres années, M. le Président. C'est toujours possible.

Mais, sur la question de la mixité, M. le Président, le député de La Peltrie puis sa formation politique aiment beaucoup parler du rapport Castonguay, prétendent que le gouvernement ne suit pas, ou n'adopte pas, ou ne met pas en vigueur les recommandations du rapport Castonguay assez rapidement. Je vois, le député de... le député de L'Assomption — hein, un petit blanc de mémoire — opine du bonnet, il est d'accord avec cette analyse que je fais.

À la page 102 du rapport Castonguay, M. le Président, concernant la question de la pratique mixte, le rapport Castonguay dit très clairement — ça vaut la peine que je le lise: «En premier lieu, l'ouverture vers l'acceptation des patients sur une base privée ne devrait pas avoir pour effet de drainer vers le secteur privé une partie des effectifs du secteur public, dans un territoire donné. Il existe un consensus général sur ce point. Dans une région ou un territoire donné, il doit y avoir assez de médecins pour assurer la prestation publique.» Alors, c'est la première mise en garde, la condition suggérée par le rapport Castonguay, M. le Président, très claire: avant d'aller vers la mixité, il doit y avoir assez de médecins pour assurer la prestation publique.

Ce qu'on peut constater, M. le Président, et c'est avec chagrin qu'on le fait, tous et chacun, c'est qu'il y a présentement des ruptures de services qui sont malheureuses dans la prestation des services publics dans beaucoup de régions, presque toutes les régions. Et je pense que c'est assez clair, j'imagine, même pour le député de La Peltrie, qu'il n'y a pas présentement assez de médecins pour assurer la prestation publique au Québec. Si c'était le cas, il n'y aurait pas de rupture de services. Mais manifestement, malheureusement, il y en a, des ruptures de services.

Alors, la mixité, au moment où on se parle, M. le Président, puis c'est toujours ça que le ministre de la Santé et des Services sociaux a dit au nom du gouvernement, que la mixité, l'ouverture à la mixité présentement est prématurée. Aussi longtemps qu'on ne peut pas assurer la prestation publique, il est prématuré de parler de la mixité, puis avec raison, M. le Président, parce que, dans les circonstances actuelles, si on introduisait la mixité, il me semble... question qu'on pourrait poser au député de La Peltrie: Est-ce qu'il n'a pas, sa formation politique n'a pas d'objection à une situation actuelle, où, pour les gens qui ne peuvent pas payer des médecins dans la pratique mixte, qui doivent attendre, dans le système public, x nombre de mois pour l'obtention de services... mais ils peuvent passer immédiatement, avec de l'argent, à obtenir les services d'un médecin parce qu'ils sont plus fortunés.

Moi, je trouve ça inacceptable personnellement, M. le Président, j'ai toujours trouvé inacceptable qu'un individu, un citoyen du Québec peut, parce qu'il a les moyens, avoir accès plus rapidement à des services qui sont assurés dans un régime public parce qu'il a plus d'argent que quelqu'un d'autre. Moi, je trouve ça fondamentalement inéquitable, fondamentalement inéquitable, parce que quelqu'un qui conduit une Mercedes peut aller acheter des services de santé et quelqu'un qui prend le transport en commun dans une situation... J'ai bien parlé des services assurés, M. le Président, des services assurés dans le public. Fondamentalement inéquitable. C'est mon point de vue qui est constant depuis 14 ans ici, en cette Chambre. Et malheureusement, M. le Président, c'est un aspect qu'on n'entend jamais parler de l'ADQ dans toute la notion de la pratique mixte. Tant et aussi longtemps qu'il y aura des ruptures de services dans le régime public, je crois très profondément que le recours aux pratiques mixtes, c'est-à-dire le recours au privé, est inéquitable.

#### **Ententes avec les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes**

Par contre, M. le Président — et là question pour le ministre — il y a d'autres moyens, je pense, d'améliorer la productivité de nos médecins, de nos professionnels de la santé. D'ailleurs, le gouvernement a conclu, plus tôt, à la fin de l'année 2007, deux ententes, n'est-ce pas, après des longs mois de médiation avec les deux fédérations, une entente intervenue avec les médecins spécialistes et l'autre avec les médecins omnipraticiens, qui augmentent, qui améliorent leurs conditions de pratique.

Parce que c'est l'autre volet évidemment important, pour retenir des médecins ici, au Québec, il faut les payer convenablement. Alors, les deux ententes: celle avec les omnipraticiens prévoit une augmentation de plus de 19 %, de cette année jusqu'à 2015-2016; et avec les médecins spécialistes prévoit des augmentations de 25 %, au-delà de 25 % à partir de cette année, étalées jusqu'à 2016, 2015. Ce sont des augmentations importantes qui demandent des déboursés importants pour le gouvernement du Québec.

Mais, dans les deux ententes, on ne parle pas uniquement d'une augmentation de rémunération, il y a des mesures pour améliorer l'accès. J'aimerais que le ministre nous en parle un tout petit peu, de l'impact de ces deux ententes avec les deux grandes fédérations, pas forcément sur l'impact budgétaire sur le gouvernement du Québec — il y a des impacts importants également — mais,

en bout de ligne, est-ce que ça va améliorer l'accessibilité des citoyens du Québec à des services d'omnipraticiens et des services spécialisés?

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

**M. Couillard:** M. le Président, en fait, il m'est revenu à la mémoire une anecdote lorsque mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce parlait des Mercedes. Je me souviens, je pense, il y a quelques années, un membre de l'ADQ — je n'ose pas dire si c'est le chef du parti ou quelqu'un d'autre — avait dit: Bien, écoutez, ce n'est pas un problème...

**Une voix: ...**

● (11 h 10) ●

**M. Couillard:** C'est un candidat, on me dit. Il avait dit: Ce n'est pas un problème parce qu'il a rien qu'à vendre sa deuxième Mercedes pour avoir des services de santé. Alors, de la même façon qu'on a baptisé les projets de loi de noms propres, par exemple, il y a eu le projet de loi Anastasia — et je salue la présence de mon collègue de la Sécurité publique à l'origine de l'adoption du projet de loi Anastasia sur le contrôle des armes à feu au Québec — je suggère que l'on baptise le projet de loi de l'opposition officielle du nom de projet de loi Mercedes et qu'il soit maintenant appelé sous ce terme lorsque nous aurons l'occasion d'en débattre.

Maintenant, lorsqu'on parle de la productivité de la profession médicale, il y a certains éléments qu'il faut rappeler avant de parler des termes précis de l'entente. D'abord, c'est que, quels que soient les incitatifs et les moyens que le gouvernement mettra sur la table pour augmenter la productivité des médecins, ça restera toujours lié également au choix personnel que ces personnes, ces citoyens font de l'organisation de leur temps et de l'organisation de leur vie personnelle — je reviens au sondage de *L'Actualité médicale* cette semaine.

Cependant, il faut également rappeler que les ententes qui ont été conclues comportent des déboursés très importants — d'ailleurs, l'opposition officielle elle-même le soulignait — qui corrigent grandement l'écart de rémunération entre les médecins québécois et ceux du reste du pays. Parce que notre collègue le député de La Peltrie dit que l'écart n'a pas été comblé. Il ne faut pas regarder l'écart brut, il faut regarder l'écart net en termes de niveau de vie, et c'est là l'exercice qui a été fait avec les médecins. En termes de niveau de vie, là, avec le revenu que les nouvelles ententes apportent aux médecins du Québec, ils n'ont pas grand-chose à envier avec leurs collègues des autres provinces. Il a juste à aller voir combien coûte une maison à Trois-Rivières ou à Montréal par rapport à Toronto ou Vancouver pour immédiatement avoir une appréciation très nette de ce que signifie le concept de niveau de vie.

Alors, effectivement, c'est deux ententes, qui sont des ententes historiques. D'ailleurs, Alain Dubuc l'a mentionné dans une chronique. Pourquoi historiques? Parce qu'elles ne sont pas que des ententes d'augmentation de tarifs, elles sont, pour la première fois, des ententes avec des professionnels qui ont un volet d'augmentation de productivité ou d'accessibilité pour la population.

Alors, aux chiffres de pourcentage d'augmentation de tarifs qui ont été mentionnés par le député de

Notre-Dame-de-Grâce s'ajoutent des investissements sous forme de mesures spécifiques adressées aux deux populations de médecins, autant les omnipraticiens que les spécialistes, pour bonifier tous les incitatifs existants, et même en créer de nouveaux, pour voir des nouveaux patients et les suivre de façon plus rapide.

Exemple, pour les omnipraticiens, ce sont les mesures prioritaires sur lesquelles nous discutons actuellement: un incitatif pour l'inscription de nouveaux patients à sa clientèle; un incitatif lorsqu'un patient est inscrit pour le voir plus rapidement lorsqu'il a besoin d'un rendez-vous de suivi; l'introduction de nouvelles catégories de ce qu'on appelle patients vulnérables; la prise en charge des patientes enceintes en début de grossesse — on sait que récemment ça a été souligné, notamment à Montréal, comme problème; le suivi des jeunes enfants; l'enseignement en médecine de famille. Alors ça, c'est l'exemple de mesures parmi d'autres — parce qu'il y en a 25 mesures pour la Fédération des médecins omnipraticiens — qui vont faire en sorte de leur donner les moyens, s'ils le désirent, on reste toujours liés à cet élément-là, leur donner les moyens, s'ils le désirent, d'accroître leur prise en charge de patients.

Pour ce qui est des spécialistes, il y a des mesures qui sont similaires puis que je ne pourrais peut-être pas discuter étant donné le manque de temps. Mais il y a une des mesures qui est intéressante, c'est que, de la même façon qu'il y a eu la création des groupes de médecine de famille, on veut créer, avec les spécialistes, des groupes de médecine spécialisée, des noyaux critiques de médecins spécialistes dans des établissements, avec un soutien comparable, pas identique mais comparable à ce qu'on fait pour les omnipraticiens, qui leur permette de garder et de maintenir la qualité de leurs services médicaux.

Il y a une autre action en cours qui vise directement la productivité, et je suis certain que nos collègues de l'opposition en sont informés. Le président de la FMSQ lui-même participe à des tournées d'optimisation des blocs opératoires du Québec. Alors, ils descendent dans une salle d'opération et ils font des constats concrets sur place, ils demandent à l'établissement d'y apporter les correctifs requis lorsque c'est de la responsabilité des établissements — on verra que ce n'est pas le cas pour tous les constats — de sorte qu'on puisse faire plus d'opérations dans nos établissements publics. Alors, j'ai eu l'occasion d'en discuter avec la fédération, et essentiellement les constats sont les suivants.

Trois grands constats se dégagent après quelques visites de blocs opératoires: une difficulté d'organisation — ça semble bien banal, mais ça a un impact très concret sur la rapidité de roulement d'un bloc opératoire — difficulté d'organisation pour le travail des préposés et des brancardiers: sort un patient, amène le patient suivant; une difficulté, sous forme d'une résistance dans certains milieux, à l'introduction d'infirmières auxiliaires dans les blocs opératoires; également, des difficultés liées à la disponibilité des médecins anesthésistes. Alors là, sur cette question, c'est le travail de la fédération avec l'association des anesthésiologues de convenir de mesures qui visent à augmenter le temps de présence des anesthésistes au bloc opératoire.

Mais je dirais qu'on a là un exemple d'actions concrètes menées pour augmenter la productivité du système de santé dans son domaine qui est le plus... un des plus sensibles, qui est l'accès aux chirurgies. Et la bonne nouvelle, c'est que ça se fait conjointement avec le

président de la Fédération des médecins spécialistes, le Dr Barrette, qui mène personnellement ces visites-là. D'ailleurs, je trouve ça assez intéressant que ce soit lui-même qui fasse l'exercice et qui dégage donc les constats en question.

Pour donc les spécialistes, je pourrais juste citer certaines mesures, donc vous parler des mesures incitatives relatives à la pratique en anesthésiologie.

Réduction des délais d'attente entre la référence du médecin de famille et la consultation du médecin spécialiste. L'autre jour, on parlait de la récente étude de l'Institut Fraser, qui présente des limitations sur le plan méthodologique, là, mais on peut quand même en dégager des tendances. Ce qu'on constate, c'est que l'accès aux soins spécialisés au Québec, d'après la méthodologie de l'Institut Fraser, en fait est supérieur au Québec dans beaucoup de domaines par rapport au reste du Canada. Là où le délai s'est allongé, c'est entre le médecin de famille et le médecin spécialiste. Alors, à ce moment-là, on a convenu d'incitatifs pour accélérer la prise en charge des consultations en provenance des médecins de famille.

Rémunération de la garde, pour justement garantir la présence en région, entre autres; mise en place de projets pilotes pour les groupes de médecins spécialistes, des GMS — on avait des GMF, maintenant on aura des GMS; désignation et rémunération de médecins spécialistes répondants, par exemple des psychiatres répondants sur un territoire; rémunération de la consultation téléphonique; rémunération de la prise en charge continue de l'accessibilité par les groupes concertés de médecins spécialistes — voilà une formule intéressante pour les régions, d'ailleurs; mise en place formelle de corridors de services; téléconsultation et téléimagerie; amélioration de l'accès à l'échographie et à l'endoscopie en établissement et en cabinet privé; numérisation des cabinets privés de radiologie; incitatifs monétaires pour l'attraction et l'installation des médecins en région — des nouveaux incitatifs, parce qu'il y en a déjà; rémunération de la participation aux travaux d'une table régionale de chefs de département; instauration de la Table nationale de suivi de l'accès aux services; instauration de mesures de rémunération des médecins spécialistes en microbiologie; valorisation de la rémunération dans des secteurs de pointe, dont neurosciences, greffe, transplantation d'organes, centre de traumatologie tertiaire; révision des modalités de rémunération des médecins spécialistes dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein; révision des modalités de remboursement du temps de déplacement; révision de certaines règles d'application et de rémunération; instauration de mesures de compensation pour les médecins soumis à une restriction d'exercice afin d'assurer la protection du public dans le cadre de la politique du Collège des médecins visant les maladies transmissibles par le sang; programme incitatif à la pratique médicale au Québec, c'est un programme qui encouragerait les médecins à demeurer en pratique un plus grand nombre d'années; rémunération des chefs de département afin d'encourager l'utilisation optimale des ressources médicales; valorisation de la rémunération des services dispensés en cabinet privé, suite aux travaux du comité Chicoine, une négociation qu'on doit mener avec la Fédération des médecins spécialistes.

Alors, il y a un nombre correspondant de dispositions du côté des médecins omnipraticiens. Encore une fois, c'est la première fois qu'un gouvernement, avec ses

partenaires fédératifs, réussit à inclure dans une entente non seulement une pure entente tarifaire avec une croissance géométrique des tarifs et des revenus, mais des dispositions très sélectives et très bien ciblées. Et d'ailleurs, dans le cas des deux ententes, c'est ce sur quoi on s'est mis d'accord le plus rapidement, le choix des mesures d'accessibilité dont tout le monde convenait. C'est donc un virage. Je pense que les prochaines ententes avec les fédérations suivront ce modèle, devront suivre ce modèle parce que clairement le nombre n'est pas le seul déterminant de l'accessibilité et de la productivité du corps médical.

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

**M. Copeman:** Alors, je comprends bien, M. le Président, que non seulement ces ententes évidemment rehaussent la rémunération des médecins, mais visent également dans leur ensemble à améliorer l'accessibilité, des mesures très précises pour s'assurer que les médecins soient capables, avec des incitatifs, avec d'autres façons de fonctionner, de traiter plus de patients, de voir plus de patients, de malades.

J'aimerais savoir de la part du ministre si les ententes sont assez détaillées qu'il puisse prévoir des cibles précises sur les objectifs. Parce que, très souvent, même les programmes gouvernementaux partent avec des objectifs louables, consacrent de l'argent pour ces objectifs, mais il faudrait mesurer l'impact de ça. Comment est-ce que le ministère va procéder pour mesurer vraiment l'atteinte des cibles incluses dans ces deux ententes-là?

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

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, il existe effectivement des cibles d'atteinte de résultat dans ces ententes. Un exemple concret qu'on pourrait donner, c'est justement cette question des visites d'optimisation de blocs opératoires que nous menons actuellement avec la fédération, où la cible est d'accroître la productivité du bloc opératoire de 5 %. Ça semble peu considérable, 5 %, mais, si je le replace en contexte, si on regarde actuellement le nombre total de personnes en attente de plus de six mois pour services médicaux spécialisés, ça représente 6 % à 7 % du volume chirurgical total. Donc, la hausse de productivité nécessaire est de cet ordre-là. Donc, en augmentant de 5 % seulement la productivité de nos blocs opératoires, on va faire un gain encore plus considérable que ceux qu'on a déjà faits dans le domaine de l'accessibilité aux services.

Et on aura le même nombre de cibles, par exemple, avec les omnipraticiens pour le nombre de patients orphelins pris en charge, par exemple. Alors, ils sont assez optimistes du côté de la Fédération des omnipraticiens pour dire qu'avec les ententes qu'on est en train de finaliser avec eux on sera capables d'offrir à des dizaines de milliers de Québécois assez rapidement l'accès à un médecin de famille, et on fait ça conjointement avec eux, on détermine ces cibles ensemble, on les suivra ensemble également.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de L'Assomption.

**M. Laporte:** Merci, M. le Président. Donc, je vais aborder le thème du médicament, bien sûr. Je ne pourrais pas passer par contre à côté d'une question qui a

été... — juste en commençant, un petit commentaire comme ça — une question qui a été posée par le député d'Orford concernant la gratuité du médicament, ce qui a été fait depuis 2003. Le ministre a parlé de ce qui a été fait, mais il n'a pas parlé de ce qui n'a pas été fait. Puis il va tout de suite comprendre que je fais allusion aux promesses, là, qu'il avait faites en 2003.

On avait promis à toutes les personnes âgées touchant le supplément de revenu garanti d'avoir la gratuité. C'est une promesse qui a été non tenue. Donc, le commentaire que je fais, c'est: soit qu'à ce moment-là le ministre savait très bien que c'était impossible, mais il a quand même fait une promesse pour aller chercher des votes, ou, deuxièmement, il n'était pas conscient de la précarité du régime d'assurance médicaments. Donc, dans un cas comme dans l'autre, je pense qu'il n'y a pas de quoi être fier. Donc, c'est pour ça, à la place du député d'Orford, je n'aborderais pas trop souvent la question de la gratuité du médicament.

### **Recommandations du Groupe de travail sur le financement de la santé concernant les médicaments**

Donc, j'aimerais revenir sur le rapport Castonguay. Le rapport Castonguay fait certaines recommandations; c'est plutôt certains constats. On voit qu'on aurait pu aller, avec le rapport Castonguay, sur tout le volet économique, tout le volet efficacité. On ne l'a pas fait par contre, on n'a pas été aussi loin qu'on aurait pu. On a soulevé certains points, certains constats, mais on n'a pas été aussi loin qu'on aurait pu. Pourquoi? Parce que la ministre des Finances a demandé au groupe Castonguay de ne pas aborder le sujet du médicament. Donc, j'aimerais savoir de la part du ministre pourquoi ils ont donné... son gouvernement, ils ont demandé au groupe Castonguay de ne pas aborder le thème du médicament.

● (11 h 20) ●

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

**M. Couillard:** Bien, je ne sais pas d'où ça sort, cette affaire-là, M. le Président. J'ai le rapport Castonguay sous les yeux, là. À partir de la page 135, il y a un chapitre complet sur les médicaments. C'est curieux. Alors, c'est de la page 135 à la page 151... ah non, ça continue après, jusqu'à la page 156, le chapitre 9 au complet. Il y a tout un chapitre sur les médicaments. C'est quand même étrange, là. Je ne comprends pas, là.

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

**M. Laporte:** Je vais expliquer plus clairement au ministre. J'ai en main une note interne du comité Castonguay, je vais lire ce que M. Castonguay a écrit: «La ministre nous a demandé de ne pas aborder la question des médicaments, compte tenu de l'introduction au début de 2007 d'une nouvelle politique du médicament.» Un petit peu plus loin, on dit: «Il faut mentionner que la nouvelle politique fait abstraction de son impact sur les dépenses publiques de santé et ne comporte aucune prévision financière. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle a été élaborée sans préoccupation d'ordre financier ou budgétaire.»

Autrement dit, la ministre, là, je pense que c'est clair, ça ne peut pas être plus clair que ça, la ministre des Finances a demandé au groupe Castonguay...

**M. Couillard:** M. le Président, est-ce que je pourrais demander au député de déposer le document qu'il vient de citer?

**M. Laporte:** Pas de problème. Donc, on peut en conclure que...

### Document déposé

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Continuez. Le dépôt est accepté.

**M. Laporte:** Oui. La ministre a demandé clairement au groupe Castonguay de ne pas aborder la question. Donc, le groupe Castonguay a quand même décidé de consacrer un chapitre, même si on voit clairement qu'ils n'ont pas pu aller aussi loin qu'ils auraient voulu.

On va continuer sur les recommandations du rapport Castonguay, qu'ils ont quand même faites. On parle de possibilité de créer un seul groupe d'achat au Québec. Certains établissements procèdent avec des achats groupés pour faire des économies. Le groupe Castonguay, lui, proposait d'analyser la possibilité de créer un seul groupe d'achat. J'aimerais connaître le point de vue du ministre là-dessus.

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, ils le font déjà. Peut-être que ma consœur, à côté, aurait le consentement pour expliquer ce qui se fait, en s'identifiant au début.

**Le Président (M. Kelley):** Si vous voulez vous identifier. Est-ce qu'il y a consentement?

**Mme Beaulieu (Hélène):** Alors, Hélène Beaulieu, je suis directrice des affaires pharmaceutiques et du médicament au ministère de la Santé. Alors, les établissements...

**Le Président (M. Kelley):** ...bien entendu.

**Mme Beaulieu (Hélène):** Hélène Beaulieu, directrice des affaires pharmaceutiques et du médicament au ministère de la Santé. Alors, les établissements procèdent déjà par achats regroupés. Alors, il y a même des régions qui se sont en plus regroupées en plusieurs régions pour procéder et pour bénéficier du meilleur prix.

**M. Laporte:** Le rapport Castonguay parlait de l'ensemble du Québec, d'un seul groupe plutôt que de différents groupes par région.

**M. Couillard:** ...je comprenais dans la question que c'est comme si ça ne se faisait pas. On voit que non seulement ça ne se fait pas, ça se fait beaucoup, et ça se fait également même plusieurs régions ensemble. Alors, je pense qu'il y a déjà du travail de fait. Est-ce qu'on peut continuer? Oui, on peut toujours faire quelque chose de mieux. On verra quels sont les bénéfices à en retirer également.

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

**M. Laporte:** J'aimerais revenir sur un point qui a été abordé tantôt, la règle des 15 ans. Dans le rapport Castonguay, on parle du 41 millions qui est versé au régime d'assurance médicaments pour compenser l'effet de la règle des 15 ans. J'aimerais revenir sur le détail, j'aimerais que le ministre nous explique comment est calculé ce 41 millions là.

Parce qu'en 2005 on avait le document *Les impacts économiques de la «règle des 15 ans» appliquée au remboursement des médicaments innovateurs au Québec*. Dans ce document-là, on parle plutôt d'un 30 millions, puis, dans les notes de bas de page, on peut comprendre que c'est quand même un calcul qui semble être difficile à faire parce que certaines études nous parlent de 24 millions, 22 millions, 14 millions, 31 millions. Donc, j'aimerais que le ministre nous explique comment il arrive à son 41 millions.

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

**M. Couillard:** Effectivement, M. le Président, la compensation du ministère des Finances a augmenté, et c'est normal, avec le prix des médicaments qui augmente également. Plus les médicaments augmentent en coût brut, plus l'économie potentielle ou la dépense liée à la prolongation de la propriété intellectuelle augmente. Maintenant, je vais être d'accord avec le député pour dire que c'est très difficile à évaluer au dollar près. Ce sont les meilleurs estimés du ministère des Finances faits conjointement avec le ministère de la Santé.

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

**M. Laporte:** Est-ce que le ministère pourrait nous envoyer sa méthode de calcul? C'est quand même 41 millions. On aimerait ça être au courant.

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

**M. Couillard:** Non. Ce sont des documents de travail internes, on se borne à donner la conclusion des travaux.

**M. Laporte:** Donc, on a un 41 millions qu'on ne peut pas expliquer, autrement dit.

**M. Couillard:** ...l'expliquer, mais on est en négociation continue avec l'industrie du médicament sur les produits, là, on ne commencera pas à établir au grand jour... Ce serait contraire à l'intérêt du Québec, en passant, de faire ça. On ne commencera pas à étaler au grand jour la façon dont on calcule les différentes composantes financières liées aux médicaments.

**M. Laporte:** Je ne peux pas partager le point de vue du ministre là-dessus. C'est quand même les gens qui sont assurés par le régime d'assurance médicaments, c'est eux qui paient pour... dans le fond qui contribuent. Je ne comprends pas pourquoi ce ne serait pas permis de savoir, le 41 millions, comment il est calculé pour que, nous, à l'opposition officielle, on puisse déterminer: Est-ce que c'est suffisant? Est-ce que ce n'est pas assez? Donc, je pense que le ministre fait preuve d'un manque flagrant de transparence à ce niveau-là.

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

**M. Couillard:** Tout ce que je dis, M. le Président, ce que je répète, c'est que tout ce qu'on a besoin de savoir, c'est que c'est le résultat de simulations avec ou sans l'application. Le détail des calculs, là, écoutez, c'est préférable de les garder internes au niveau du gouvernement parce que ça a beaucoup d'impacts, ce genre de calculs là, sur les conversations qu'on a avec l'industrie pharmaceutique.

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

**M. Laporte:** J'aimerais revenir aussi sur le 211 millions. Le rapport Castonguay parle de l'iniquité entre les adhérents du régime public et ceux du privé. Le ministre parlait tantôt du volet assurance puis du volet assistance. Donc, le volet assurance, il semblerait qu'il y a une iniquité de 211 millions. Je me rappelle que le ministre, en point de presse, avait expliqué qu'il y avait une différence entre la clientèle qui était assurée par le régime public et celle assurée par le régime privé. Est-ce que le ministre peut nous donner c'est quoi, les différences exactes? Est-ce qu'on a des études sur lesquelles on peut justement mettre le doigt, là, sur les différences entre les deux clientèles?

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

**M. Couillard:** C'est clair que, si on avait, au Québec, un régime public d'assurance médicaments qui ne soit qu'un régime d'assurance, il y aurait moins de charges à payer pour ceux qui ont des contributions, c'est la nature même du régime. Il y a une certaine contradiction entre ce que vient de dire le député puis ce qu'il disait auparavant. Il nous reprochait de ne pas étendre la gratuité. En fait, il nous reproche de ne pas étendre un mécanisme qui augmenterait la charge sur les participants au régime.

Alors, il est clair que le régime d'assurance médicaments n'est pas un régime d'assurance pur, tout le monde en convient. Je rappelle cependant qu'il a été créé pour couvrir les besoins en assurance médicaments d'une population qui n'a pas accès à des régimes collectifs privés et qui auparavant se retrouvait complètement démunie devant la facture des médicaments. Alors, il y a un gain global important.

Il y a un gain social également parce qu'on participe à une solidarité qui est utile envers les gens les plus démunis pour leur permettre d'avoir des médicaments soit gratuitement soit à des tarifs qui sont bas. Alors, à moins que l'ADQ veuille revenir sur cette... veuillez éliminer l'aspect assistance du régime. Je pense qu'il faudrait qu'ils s'expriment là-dessus clairement. C'est une donnée fondamentale qui ne peut pas changer, ça.

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

**M. Laporte:** Je pense que le ministre ne comprend pas. On parle du 211 millions. Je ne sais pas s'il a lu la partie assurance médicaments, là, du rapport Castonguay, mais c'est clair, le 211 millions, il est bien expliqué. Ce n'est pas les gens qui ont accès gratuitement aux médicaments, on parle de ceux qui sont assurés par le régime public, qui n'ont pas accès à un régime privé, et c'est des gens, des propriétaires de PME, des travailleurs autonomes. Donc, c'est quoi, la différence entre ces assurés-là et ceux qui sont assurés par le régime privé? Le rapport Castonguay est quand même clair, là, il fait la différence, lui. Le ministre, est-ce qu'il fait une différence entre les deux régimes?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, je vais l'exprimer très clairement, je répète. De toute évidence, le député ne comprend pas la mixité d'assurance — en voilà une autre, mixité — assurance et assistance dans l'assurance médicaments. Par définition, là, si on n'avait pas de volet assistance, ils n'auraient pas à payer ça, les autres assurés, les véritables assurés. Alors, la raison pour laquelle c'est comme ça, c'est parce que... En passant, quand le régime a été créé, le secteur privé, il n'en voulait pas, du monde à bas revenus, juste en passant, là, tu sais: Ce n'est pas intéressant parce que ça coûte cher, ils sont plus malades, ils paient plus de médicaments; nous, on aime mieux couvrir le monde en santé, tu sais.

Alors, ce qui arrive actuellement, d'ailleurs, c'est que, dans les régimes privés et collectifs, on évacue des gens de plus en plus vers le régime public d'assurance médicaments. Ça, ça accentue l'impact de l'assistance par rapport à l'assurance, de l'écart entre la consommation réelle puis les dépenses des différents groupes. Alors, est-ce que je comprends, par l'intervention du député, que l'ADQ milite pour un régime public global général d'assurance médicaments? Parce que c'est la solution à son problème, là.

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

**M. Laporte:** Ce que j'essaie de faire par mes interventions, c'est que le ministre se prononce sur des points du rapport Castonguay, puis décidément il ne veut pas comprendre. Je ne sais pas pourquoi il s'obstine à ne pas vouloir commenter des faits qui sont décrits dans le rapport Castonguay. Le rapport Castonguay dit clairement qu'il y a une iniquité, le ministre dit que c'est parce que c'est des gens à faibles revenus qui sont assurés, mais ce n'est pas tous les gens qui sont assurés par le régime d'assurance médicaments qui sont à faibles revenus.

**Une voix: ...**

**M. Laporte:** Bien, c'est justement les points que je voudrais que le ministre nous éclaire. Quel pourcentage de cette population est à faibles revenus et quel... Qu'il nous fasse une comparaison entre les gens assurés au privé puis les gens assurés au public. Pour nous dire que ce que le rapport Castonguay demandait, ce n'est pas acceptable, j'aimerais ça qu'il nous prouve son opinion avec des faits.

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

● (11 h 30) ●

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, selon les données qu'on nous communique du côté de la régie, là — ça explique ce que je viens de lui dire, là — 70 % à 75 % des gens couverts par le régime ont des revenus inférieurs à 20 000 \$. C'est ça, la réalité, là. Parce que ce monde-là ne sont pas intéressants pour les compagnies privées d'assurance, là, il faut quand même réaliser ça. Ils ont des revenus bas, puis ils sont malades, puis ils prennent beaucoup de médicaments. Alors ça, c'est la réalité du régime tel qu'il a été conçu initialement, avec un régime privé collectif pour la majorité des travailleurs, qui sont en général globalement en meilleure santé que les gens à faibles revenus, et puis les risques plus défavorables — personnes à faibles revenus, personnes

âgées — sont demeurés sous le parapluie du réseau public. Et ce qu'on constate actuellement, en plus, c'est un mouvement de certains régimes privés collectifs de déplacer leur clientèle coûteuse vers le régime public d'assurance médicaments. Alors, c'est ça, la situation, là.

Maintenant, s'il veut discuter, le député, des recommandations, je suggère qu'on les prenne une par une, les recommandations sur le médicament, puis qu'on les discute. Moi, je suis bien intéressé à faire ça. C'est passionnant d'ailleurs. Alors, prenons les... Qu'il dise quelle est la recommandation qu'il veut avoir, qu'il veut discuter.

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

**M. Laporte:** Je ne peux même pas accepter à sa demande si le ministre ne peut pas lui-même de prime abord avouer qu'ils ont demandé au rapport Castonguay de ne pas aborder le thème du médicament. J'ai quand même un document interne qui démontre très bien que la ministre a demandé de ne pas aborder le thème. Donc, le rapport a dû mettre les freins sur certaines recommandations qu'il aurait pu faire parce que les directives du gouvernement allaient dans le sens contraire. Donc, le ministre a beau vouloir passer les points un par un, moi, je considère que le rapport n'a pas pu aller aussi loin qu'il aurait pu aller.

#### Révision de la médication à domicile

On va revenir sur la Politique du médicament. Si vous permettez, j'aimerais aborder un thème que je pense qui est intéressant. Il y a des choses quand même intéressantes dans la Politique du médicament...

**M. Couillard:** Sur les médicaments, il y a plein de recommandations utiles. Pourquoi on ne profite pas de la période de discussion sur le médicament pour en parler?

**M. Laporte:** On va faire les médicaments, là, on va parler de la révision de la médication à domicile. Les échéanciers démontrent qu'en décembre 2008 on devrait pouvoir mettre ça sur pied. Présentement, ce que je comprends, on est encore en projet pilote. Est-ce que le ministre peut nous expliquer où est-ce qu'on en est rendus?

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

**M. Couillard:** Alors, on travaille à l'élaboration de projets pilotes. Décembre 2008, ça va être des projets pilotes.

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

**M. Laporte:** O.K. Donc, on est en train de préparer des projets pilotes. En décembre 2008, on n'aura pas de programme concret pour l'ensemble du Québec, on parle vraiment juste de projets pilotes.

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

**M. Couillard:** C'est normal, M. le Président, qu'on puisse calculer les coûts et les bénéfices de ces expériences-là, c'est la simplicité même puis la base même de l'administration publique, là, avant de les étendre à l'ensemble de la population.

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

#### Pénurie de pharmaciens d'établissement

**M. Laporte:** Oui. J'aimerais aborder aussi un autre thème qui est... on parle de la Politique du médicament, c'est celle des pharmaciens d'établissement. On sait que présentement il y a une pénurie de pharmaciens d'établissement, que les mesures en place présentement n'ont pas réussi à compenser les différences qu'il y a entre le privé et le public. On parle, entre autres, des prêts et bourses... des bourses qui sont offertes aux pharmaciens d'établissement, que ça n'a pas fonctionné. Qu'est-ce que le ministre entend faire concrètement pour augmenter le nombre de pharmaciens en établissement, pour attirer plus de pharmaciens dans ces établissements publics?

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

**M. Couillard:** Alors, merci, M. le Président. Effectivement, la question de la pénurie de pharmaciens d'établissement est une question très préoccupante. On en est maintenant rendus à utiliser des primes de recrutement, des remplacements, comme on le fait pour les médecins également dans certains centres hospitaliers, des forfaits d'installation, qui ont augmenté au cours des dernières années. Si on mesure l'intérêt par le nombre de boursiers inscrits... Alors, pour le député qui est au courant mais également pour les autres citoyens, il y a des bourses disponibles pour la formation universitaire nécessaire à la pratique en établissement. Si on regarde le nombre de personnes qui ont utilisé ces bourses-là, au niveau du baccalauréat et de la maîtrise, il y en avait: en 2005-2006, 68 au niveau du bac, 44 au niveau de la maîtrise; 2006-2007, 95 au niveau du bac, 47 au niveau de la maîtrise; 2007-2008, 96 au niveau du bac, 48 au niveau de la maîtrise. Donc, c'est à peu près stable, il y a une légère augmentation pour l'inscription de boursiers au niveau du baccalauréat, mais de toute évidence ça ne suffit pas à compenser le problème qu'on a actuellement.

Je dirais qu'il y a deux grands volets à cette question. D'ailleurs, un de ces volets avait déjà été touché, il y a quelques mois, je crois, par le député de La Peltrie, je ne me souviens plus dans... je pense, les derniers crédits ou dans une période d'échange qu'on avait eue sur toute la question de l'assistance au travail des pharmaciens d'établissement, en établissement. Alors, la question du circuit du médicament, de la robotisation, tout ça est en train d'être développé dans le réseau de la santé, la bonification également du travail de l'assistant en pharmacie pour améliorer l'organisation du travail, les partenariats régionaux, etc. Et on est en train de revoir également — et je sais que ma consœur du Conseil du trésor est très sensible à cette question-là — on est en train de revoir actuellement la question de la rémunération.

Mais il faut être conscient qu'on est devant une cible mouvante, c'est-à-dire que le secteur privé, dans lequel il y a énormément de demandes de pharmaciens, augmente continuellement les bénéfices financiers qu'ils offrent aux finissants. Alors, je pense qu'il faut de toute évidence faire une combinaison d'offres financières intéressantes et d'offres de qualité de pratique et de carrière intéressantes également. C'est la réflexion qui est en cours actuellement.

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

**M. Laporte:** J'aimerais savoir. Je sais que les pharmaciens d'établissement demandent une reconnaissance, d'être reconnus comme des spécialistes en pharmacologie. Est-ce que le ministre a l'intention de donner suite à leur demande?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, il s'agit de négociations et de conversations. On ne les fera pas... — je m'excuse, je ne veux pas être bête avec le député — on ne fera pas ce genre de négociations ici, à l'Assemblée nationale. On converse avec les pharmaciens et on veut en venir avec des ententes qui sont intéressantes pour les deux parties, autant sur le plan financier que sur le plan de l'organisation du travail.

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

**M. Laporte:** Le ministre voit ça comme un élément de négociation; moi, je vois plutôt ça comme une question de principe, c'est un élément de principe. Est-ce que les pharmaciens d'établissement devraient mériter une reconnaissance, étant donné les tâches dont ils ont à accomplir en établissement, qui sont différentes du milieu privé? Moi, je pense, c'est une question de principe. Le ministre tantôt m'invitait à débattre de certains points; moi, je l'invite à débattre de ce point-là.

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

**M. Couillard:** M. le Président, malheureusement, on ne peut pas dissocier cet élément-là des éléments de négociation parce que clairement ces éléments-là ont un lien direct avec les niveaux de rémunération demandés. L'ADQ nous demande, d'un côté, de freiner les dépenses en santé, leur chef dit qu'il ne faut plus mettre d'argent en santé, puis, de l'autre côté, à chaque fois qu'il y a un problème, on nous dit de mettre plus d'argent. On l'a vu avec les dentistes, on l'a vu avec les autres situations puis on le voit encore ici, c'est leur réponse: Les fonds publics, les fonds publics, les fonds publics.

Alors, on veut bien, nous, bonifier la rémunération des gens puis être équitables, mais il faut également le placer dans le contexte plus large des politiques de rémunération puis des coûts des services publics. Mais je veux encore répéter qu'on est disposés à faire... à apporter des améliorations, continuer à apporter des améliorations notables au statut de la profession de pharmacien d'établissement en reconnaissant certaines activités puis en discutant avec eux de rémunération, mais on ne fera pas cette négociation-là ici. Et puis c'est faux de dire que ça n'a pas de lien avec la négociation, là, c'est un lien extrêmement direct avec la négociation.

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste deux minutes.

### Impacts économiques de la Politique du médicament

**M. Laporte:** Je vais finir avec un petit résumé. J'aimerais ça que le ministre nous parle brièvement sur

ses objectifs de la Politique du médicament. Je crois qu'on avait un objectif de 5 % de croissance des coûts du régime. Le rapport Castonguay parle plutôt de 11 % de prévision des coûts de croissance du régime. On a vu... Bien, comme j'en faisais mention tantôt, on a décidé de ne pas aborder le thème du médicament dans le rapport Castonguay, du moins on n'a pas laissé la latitude qu'on aurait pu au comité Castonguay, des directives claires de la ministre des Finances.

Le Vérificateur général avait déjà demandé au ministre de mettre sur pied des indicateurs de performance pour pouvoir mesurer les résultats de sa Politique du médicament, voir si on en faisait assez, pour pouvoir faire un suivi sur les impacts économiques de la politique. Le ministre a refusé. Si son objectif est toujours de 5 %, si le rapport Castonguay, lui, parle plutôt de 11 %, avec les mesures aussi faibles qu'il est prêt à mettre en place, je me demande comment il va faire pour atteindre son 5 %. Donc, est-ce qu'il est confiant d'atteindre son 5 % de croissance des dépenses, puis, si oui, à quel moment qu'il pense l'atteindre?

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

**M. Couillard:** Bon, d'abord, le 11 %, là, ça ne correspond pas à la réalité. En fait, depuis... Je vais donner les variations du coût total du régime public d'assurance médicaments en 1998-1999 et pour les années suivantes: 15,2; 16,5; 20,4; 13,3; 11,8; là, en 2003-2004, 10,6; ensuite 7; 6,1; 8,5. Actuellement, on est dans une fourchette qui est bien inférieure aux chiffres que mentionne le député. D'ailleurs, les calculs se déterminent à la Régie d'assurance maladie du Québec mais ne sont certainement pas de l'ordre de ceux que vient de citer... Même si c'est dans le rapport, là, ce n'est pas la réalité. Alors, ce ne sera pas 11 %, l'augmentation. On veut se rapprocher de 5 %. Pourquoi 5 %... 5 % à 6 %, disons? Parce que c'est le taux de croissance des dépenses en santé. Alors, on va essayer de se rapprocher de cet objectif-là.

Nous, on a mis plusieurs solutions sur la table. Effectivement, le VG, le Vérificateur général, aura, dans le prochain rapport, une reddition de comptes complète sur l'atteinte des objectifs. Mais, là encore, on est dans un Parlement de cohabitation. J'aimerais entendre, moi, les suggestions de l'ADQ, de l'opposition officielle, autres que des vœux pieux, là, des mesures concrètes qu'ils suggèrent pour diminuer la croissance du coût des médicaments. Alors, c'est la même chose: soit on diminue les bénéfices à la population, soit on modifie les règles du marché. Je ne sais pas lequel des deux ils veulent choisir dans leurs options.

**M. Laporte:** Deux petites secondes...

**Le Président (M. Kelley):** O.K., deux petites secondes.

● (11 h 40) ●

**M. Laporte:** ...si vous permettez, parce que le rapport Castonguay fait des recommandations, le ministre ne veut rien savoir; le Vérificateur général fait des recommandations, le ministre ne veut rien savoir. Désolé, mais, quand il demande des suggestions, des solutions aux autres partis, c'est dur de croire qu'il veut vraiment des suggestions. Donc, je termine là-dessus.

**M. Couillard:** ...j'ai bien compris que l'ADQ n'a jamais de suggestions à faire, concrètes, là, pour des problèmes importants de finances publiques. J'ai invité le député à débattre des recommandations du rapport Castonguay une par une, puis on n'a pas passé une seconde là-dessus. Alors, moi, je suis prêt à avoir cette conversation-là. D'ailleurs, ce sont des recommandations très intéressantes et importantes, comme le reste du rapport, d'ailleurs.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, je mets fin à cet échange. Maintenant, M. le député de Marie-Victorin.

#### **Financement des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal**

**M. Drainville:** M. le Président, j'aimerais ça qu'on parle un petit peu de la situation avec les centres hospitaliers universitaires. J'ai plusieurs questions, M. le ministre. Donc, je vais essayer de poser des questions courtes et je vais vous demander, si possible, de me donner des réponses pas trop longues de telle façon à ce qu'on puisse couvrir le maximum de terrain possible.

Lors de notre échange de l'an dernier, lors de l'étude des crédits, vous nous avez parlé de la contribution fédérale qui devait provenir de la Fondation canadienne pour l'innovation, vous avez dit, je vous cite, là: «Il y a une sorte de sous-fond de la Fondation canadienne pour l'innovation qui a été créé, qui s'appelle le fonds des hôpitaux universitaires, et, avec ce fonds-là, on va utiliser 100 millions. Donc, on a déjà confirmé la source, les 100 millions pour les deux hôpitaux adultes...» Fin de citation.

Est-ce que vous pouvez nous dire... Alors, vous nous disiez, toujours lors de cet échange, que la demande faisait l'objet d'une discussion avec Ottawa et vous nous disiez, je cite: Les soumissions sont actuellement terminées. «Le résultat de la démarche, une fois la soumission en septembre 2007, nous amène à mars 2008 pour le résultat du processus — je vous cite toujours, M. le ministre. Donc, on pourra se donner rendez-vous en mars 2008 pour voir quelle a été la décision de la Fondation canadienne de l'innovation.» Fin de citation. Quelle a été la décision de la Fondation canadienne de l'innovation, s'il vous plaît?

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

**M. Couillard:** Alors, effectivement, les deux demandes pour les hôpitaux adultes ont été déposées, et les visites des sites ont eu lieu en mars, ont eu lieu... Ont eu lieu? Ont eu lieu en mars. Donc, on nous annonce la décision pour juin, probablement, de la FCI.

**M. Drainville:** Vous êtes toujours optimiste qu'on puisse obtenir 100 millions pour le CHUM et 100 millions pour le CSUM de la part du fédéral, tel que ça a été budgété?

**M. Couillard:** M. le Président, je trouverais surprenant que le gouvernement fédéral ne veuille pas participer à ces projets historiques, là, d'autant plus qu'ils le font dans le cadre des installations de recherche qui rentrent dans leurs responsabilités.

**M. Drainville:** Ce même échange, M. le Président, toujours, là, sur le projet des trois CHU, qui totalise, je

le rappelle pour les gens qui nous écoutent, qui totalise des investissements de 3,6 milliards, lors de cet échange, M. le Président, nous avons abordé la situation de l'Hôpital Sainte-Justine, qui n'est pas admissible à ce programme de la Fondation canadienne de l'innovation. Alors, vous nous avez dit, lors de cet échange, je cite: «Pour la question de l'Hôpital Sainte-Justine, je sais que les collègues du gouvernement fédéral actuel sont à l'oeuvre sur cette question également. Ce que nous avons suggéré déjà il y a quelque temps et qui semble recevoir un écho positif, mais je n'ai pas de confirmation aujourd'hui de ça, c'est qu'il y ait création d'un fonds pancanadien pour les hôpitaux pédiatriques universitaires, qui verrait à attribuer sa part[...]. Sans pouvoir le confirmer, je crois que de toute façon le gouvernement fédéral sera au rendez-vous.» Fin de citation.

Est-ce que vous pouvez nous confirmer... M. le Président, est-ce que le ministre peut nous confirmer la création du fonds canadien pour les hôpitaux pédiatriques universitaires?

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

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, les discussions sont toujours en cours. Elles se font également avec les autres centres canadiens où il y a des hôpitaux pédiatriques, dont Toronto, par exemple, où il y a un des plus grands hôpitaux pédiatriques au monde, avec Sainte-Justine d'ailleurs, et on continue à être optimistes. Il n'y a aucune hâte à ça, là, les sommes ne sont pas requises avant la fin des travaux de toute façon. Alors, on a tout le temps pour développer ce projet-là. Mais on reçoit actuellement une écoute attentive autant du niveau du gouvernement fédéral que du niveau des autres centres pédiatriques canadiens. Il faut bien comprendre qu'on n'a nul besoin de la confirmation de ces sommes en caisse pour commencer les travaux des hôpitaux. C'est dans le montage financier qui nous amène à la fin, vers 2011 à 2013, là, selon les cas, de réalisation.

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

**M. Drainville:** Oui. Mais ça presse d'autant moins, M. le Président, qu'on ne cesse de repousser l'échéancier pour les centres hospitaliers universitaires. Mais l'inquiétude que nous avons, M. le Président, c'est que, si jamais ces sommes-là ne sont pas au rendez-vous, ce sont les bons contribuables québécois qui vont devoir payer la différence. Ça, c'est l'inquiétude que nous avons. Donc, je retiens des réponses du ministre, M. le Président, que la décision fédérale pour les deux CHU et CSUM qui devait être annoncée en mars ou prise en 2008, elle est repoussée. Pour ce qui est de Sainte-Justine, on n'est pas beaucoup plus avancés que nous l'étions. Et je rappelle que ce qui a été budgété pour Sainte-Justine, c'est une contribution fédérale de 120 millions. Est-ce que le ministre peut nous dire où en sont les campagnes de financement des fondations du CHUM et du CSUM?

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

**M. Drainville:** M. le Président, pendant que le ministre consulte son sous-ministre, je rappelle, M. le Président, que, pour ce qui est des fondations, en principe,

dans le budget de 3,6 milliards, il y a 200 millions qui doivent provenir de la Fondation du CHUM, il y a 310 millions qui doivent provenir de la Fondation du CUSM, il y a 67 millions qui doit provenir de la Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine, pour un total de 577 millions. C'est beaucoup, beaucoup d'argent qui doit être donc... qui doit provenir des trois fondations, là, pour un total de 577 millions sur un coût total de 3,6 milliards.

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

**M. Couillard:** Alors, d'abord, M. le Président, on revient en arrière un petit peu, là, il n'y a pas d'arrêt, là, la décision est imminente et en cours pour les hôpitaux adultes. Pour les hôpitaux pédiatriques, le véhicule est en train d'être discuté, puis il n'y a aucune hâte, aucune urgence à procéder d'ici à demain, dans ce cas-là, étant donné l'échéancier des travaux.

Maintenant, pour ce qui est des fondations, à ma connaissance... Puis, en passant, je signale au député, là, ils ont eu l'occasion de poser ces mêmes questions, en commission parlementaire, aux directeurs généraux, on pourra référer aux réponses qui leur ont été faites à l'occasion. Et on avait également convenu de la présence, demain, du directeur exécutif des CHU pour parler de ces questions-là. De toute évidence, en avance la discussion, mais je trouve ça dommage parce que M. Gignac va être ici demain pour participer aux discussions et je pensais qu'on avait une compréhension commune, qu'on profitait de sa présence pour faire cette discussion-là.

Maintenant, moi, je n'ai pas avec moi, actuellement, les chiffres précis des fondations. M. Gignac les donnera demain, comme il a dû vous les donner déjà en commission parlementaire. Ce qu'on sait, c'est que la collecte de fonds augmente plus rapidement ou progresse plus rapidement du côté de McGill que du côté de l'Université de Montréal, ou du CHUM, pour des raisons compréhensibles, entre autres les débats qui ont eu lieu autour du choix du site et autres considérations. Mais on est très confiants que cette contribution va être au rendez-vous au moment requis, et le moment requis est la fin des travaux. Je reviens toujours sur cette question-là, ce n'est pas comme si on avait besoin demain d'avoir l'argent en caisse.

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

**M. Drainville:** Oui, mais, sur la question des fondations, M. le Président, non, nous n'avons pas eu les chiffres. Par ailleurs, la contribution du directeur exécutif, elle est importante, et on l'accueille bien favorablement, je parle bien sûr de sa contribution pour demain. Mais on ne pensait pas que la question de la fondation des hôpitaux relevait de M. Gignac, on pensait plutôt que la fondation relevait des hôpitaux, et c'est pour ça qu'on pose la question au ministre. Parce que bien évidemment, M. le Président, encore une fois, si les fondations ne sont pas au rendez-vous avec les montants d'argent qui sont prévus — on pose la question — qui va payer? Qui va payer si les fondations n'atteignent pas le montant prévu de 577 millions? Mais, si le ministre nous dit que M. Gignac va avoir ces chiffres-là demain, alors j'espère qu'il nous écoute, et on compte sur lui pour qu'il nous les fournisse demain, M. le Président.

## Hôpital Shriners pour enfants de Montréal

Juste pour enchaîner sur la question qui est liée à l'évolution du dossier des CHUM, c'est la question, M. le Président, de l'Hôpital Shriners. Bon. On se rappelle qu'en juillet 2005 on croyait l'affaire réglée. On pensait que les Shriners avait décidé de s'en venir à Montréal. Depuis ce temps-là, le projet n'est toujours pas... n'a toujours pas démarré. Selon une information qui a été diffusée hier sur les ondes d'un grand réseau, la décision doit être de nouveau soumise... ou le dossier doit être de nouveau soumis, la semaine prochaine, à une instance supérieure des Shriners, le conseil conjoint, qui a les pouvoirs apparemment de décider du projet, du sort du projet. Est-ce que le ministre peut nous dire si, oui ou non, le dossier des Shriners est réglé pour de bon?

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

**M. Couillard:** Il est réglé en ce qui concerne le gouvernement. Nous, on a fait ce qu'on avait à faire, c'est-à-dire qu'on a confirmé à l'organisation des Shriners tout ce qui était requis pour construire leur hôpital. On ne prendra pas la décision à leur place. C'est une organisation autonome, internationale, qui a des décisions du choix de priorité. Ce que je comprends actuellement, c'est qu'ils ont d'autres choix de priorité de construction. Mais le dossier est réglé en tant que contribution demandée du gouvernement du Québec. Le terrain est là, prêt à construire, il est entièrement décontaminé, les arrangements de taxes ont été faits. Nous, on attend la décision des Shriners. On ne peut pas faire plus que ça. On a livré toutes les conditions requises qui avaient été demandées.

Si éventuellement la décision des Shriners est de ne pas construire leur hôpital neuf là et de conserver l'hôpital actuel, parce que ça fait également partie des horizons, je suppose, pour eux, on fera autre chose avec le terrain. Il y a quand même un terrain à proximité de ce qui va être un des centres universitaires les plus modernes au monde, alors je trouverais surprenant que les Shriners ne profitent pas de cette association. Mais en définitive c'est leur décision. Nous, on a accompli, dans ce dossier, tout ce qui nous était demandé en termes de garanties de la part des Shriners.

● (11 h 50) ●

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

## Ajout d'une salle d'hémodynamie au Centre hospitalier Pierre-Boucher

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. On va essayer de régler quelques dossiers, je dirais, distincts. Pierre-Boucher, M. le Président: Est-ce que le ministre peut nous dire si ce projet d'une deuxième salle d'hémodynamie, qu'il a lui-même autorisée en juin 2004, hein... C'est lui qui a autorisé, en juin 2004, la mise en chantier de la deuxième salle d'hémodynamie au coût de 1,5 million. C'est lui, en novembre 2005, qui a annoncé l'achat d'équipements nécessaires au bon fonctionnement de cette salle au coût de 1,6 million. Est-ce qu'il peut nous dire... Et je sais qu'il y a eu des discussions.

Et là, M. le Président, je tiens à le préciser au ministre, là — je ne veux pas en faire une chicane de députés ou de parlementaires — je souhaite sincèrement la résolution

de ce dossier-là, M. le Président. Collectivement, on a payé beaucoup d'argent pour la construire, la deuxième salle, je ne trouve pas ça normal qu'on n'ait pas encore trouvé un usage, une utilisation pour cette salle-là, qui sert de salle à débarras encore aujourd'hui. Et j'ai offert ma collaboration avec le ministre par le passé. Il m'a dit qu'il y avait des discussions en cours pour essayer de trouver une façon d'utiliser cette salle. Est-ce que le ministre peut nous dire si le projet d'une deuxième salle d'hémodynamie à Pierre-Boucher est encore possible aujourd'hui ou est-ce que ce projet est mort et enterré?

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

**M. Couillard:** Bien, en fait, M. le Président, j'ai eu l'occasion de rencontrer récemment les cardiologues, en fait il y a quelques jours à peine, les cardiologues de l'Hôpital Pierre-Boucher à mon cabinet, et le projet prend une tournure, je dirais, qui pourrait le rendre réalisable. Souvenons-nous du contexte dans lequel nous étions lorsque nous avons discuté de cette question l'an dernier. D'abord, c'est le fait que l'accès à l'hémodynamie au Québec, en Montérégie comme ailleurs, n'est plus problématique. C'est une question de proximité par rapport aux ponts de Montréal et à l'île de Montréal, mais il n'y a pas de difficulté d'accès. Le comité québécois de cardiologie tertiaire, qui est notre comité aviseur là-dessus, le confirme.

Maintenant, sur le projet de l'Hôpital Pierre-Boucher lui-même, il semble se modifier, comme d'ailleurs on leur avait suggéré de le faire avec l'agence régionale et les autres intervenants, et également la participation du CHUM. Je suis certain que le député, qui parle du CHUM, ne veut pas nuire au Centre hospitalier de l'Université de Montréal dans ses activités de recherche, d'enseignement et de clinique, alors ce partenaire-là doit faire partie de la discussion. On s'oriente vers un projet qui est plus vaste qu'une simple salle d'hémodynamie, qui comprend des activités de cardiologie avancées, que sont, par exemple, l'électrophysiologie et autres, en plus des activités de cathétérisme ou d'angioplastie, mais uniquement pour les cas d'infarctus aigus avec certaines caractéristiques à l'électrocardiogramme. Alors, c'est ce qui est en train d'être discuté, qui sera également soumis lorsque le projet sera arrivé à maturité. Il est en train d'être élaboré actuellement dans la région. Moi, je n'y suis pas défavorable. Mais, lorsqu'il va nous être soumis, on va encore une fois le soumettre au Réseau québécois de cardiologie tertiaire.

Il faut savoir que ce projet-là, pour se réaliser — et le député, qui connaît la Montérégie, le sait très bien également — nécessite également l'implication du réseau préhospitalier. Parce que ce que ça veut dire, c'est que, si quelqu'un est ramené de chez lui avec un infarctus aigu correspondant aux critères que j'ai mentionnés, il faut qu'il soit amené directement au centre dont il est question. Si l'hôpital... Si le patient est amené à l'autre établissement où il y a de la cardiologie, sur la rive sud — il sait duquel je parle — à l'Hôpital Charles-Le Moyne, qu'il est automatiquement dirigé vers Montréal, on aura eu beau avoir une salle mieux équipée et fonctionnelle, ça ne donnera rien pour les patients.

Alors, il faut que ce projet, et c'est ce qu'on leur a indiqué, comprenne tout le volet préhospitalier, comprenne les critères selon lesquels les patients seraient amenés à l'Hôpital Pierre-Boucher pour subir des traitements et

également comporte des données plus larges que la simple hémodynamie mais également tout le versant de cardiologie tertiaire. D'ailleurs, je souligne que l'Hôpital Pierre-Boucher le fait également en collaboration avec l'Institut de cardiologie de Montréal. Alors, tout ça est assez prometteur. Mais, avant de dire, aujourd'hui, si on va dire oui, là, qu'on nous montre le projet, qu'on nous montre sa solidité, et on sera certainement, disons, intéressés à le regarder sur un côté favorable.

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

**M. Drainville:** M. le Président, je salue cette ouverture du ministre. Elle est d'autant plus importante, M. le Président, et je tiens à le souligner, que la Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher a recueilli beaucoup, beaucoup d'argent, au moins 167 000 \$, qui ont été donc perçus auprès d'un bon nombre de donateurs et qui devaient servir donc à cette deuxième salle d'hémodynamie. Donc, on sait à quel point nos hôpitaux ont besoin de faire le tour des donateurs de façon périodique. Alors, c'est important, quand les donateurs donnent des sous pour un projet bien précis, que ce projet-là se réalise, parce qu'avant de donner une deuxième fois ils vont vouloir savoir ce à quoi a servi la première contribution. Alors, on va continuer à suivre ce dossier-là, M. le Président.

Est-ce que le ministre peut nous dire, est-ce qu'il a un échancier en tête? Est-ce qu'il croit possible — comment dire? — une résolution à ce dossier-là d'ici l'été? Est-ce qu'on parle... D'ici l'été, est-ce que c'est réaliste de penser qu'on pourrait avoir réglé le cas de cette deuxième salle là, qu'on pourrait y avoir trouvé une utilisation?

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

**M. Couillard:** Bien, je ne prendrai pas la place des gens de la Rive-Sud, là. Moi, je leur ai dit: Quand votre projet sera mûr, venez nous le présenter. Ils ont des devoirs à faire. Ils savent exactement ce qu'ils doivent faire pour compléter leur projet. Alors, c'est à eux qu'il faut poser la question. Quand il nous sera déposé de façon complète, avec tout ce qu'on a demandé, incluant le volet pré-hospitalier, incluant les arrangements et l'assentiment des grands partenaires que sont l'Institut de cardiologie de Montréal et le CHUM, et éventuellement le Réseau québécois de cardiologie tertiaire, on est prêts. Mais ce n'est pas moi qui vais donner l'échancier d'un travail que d'autres doivent faire.

**M. Drainville:** Pourtant, M. le ministre...

**Le Président (M. Kelley):** Cinq minutes.

**M. Drainville:** Pardon?

**Le Président (M. Kelley):** Cinq minutes.

#### **Projet de création d'une agence de lutte contre le cancer**

**M. Drainville:** J'aimerais ça, M. le Président, aborder la question de la lutte contre le cancer avec le ministre. Je ne vais pas répéter, là, toutes les statistiques, il nous reste cinq minutes. Vous connaissez, M. le ministre,

le projet de la Coalition Priorité Cancer qui souhaiterait qu'une agence de lutte contre le cancer soit créée, soit mise sur pied. Ils proposent ça depuis quelque temps déjà. Donc, ils veulent réorganiser, dis-je bien, la lutte contre le cancer par la création d'une agence nationale de lutte contre le cancer qui intégrerait la recherche, la prévention, le dépistage du cancer, l'organisation des soins, ressources matérielles, la main-d'oeuvre et la formation des intervenants, le soutien communautaire, les soins de fin de vie, etc. L'idée étant, M. le Président, d'organiser en une entité qui est très cohérente toute la stratégie pour lutter contre le cancer, s'assurer qu'on obtienne de meilleurs résultats que ceux que nous obtenons, dis-je bien, présentement, faire en sorte, en d'autres mots, que, pour l'investissement collectif que nous faisons dans la lutte contre le cancer, on obtienne dans le fond de meilleurs résultats.

Et j'aimerais ça savoir: Est-ce que le ministre est favorable à l'idée de discuter de la création d'une agence de lutte contre le cancer? Est-ce que c'est un projet auquel il est ouvert? Je ne lui demande pas de nous dire aujourd'hui s'il veut ou pas d'une agence, mais est-ce qu'il est ouvert à en discuter? Et, si oui, à l'intérieur de quel forum?

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

**M. Couillard:** Bien, on a eu des échanges répétés là-dessus, là, depuis 2003. La position là-dessus est la suivante: qu'on nous démontre la valeur ajoutée réelle de la création d'une nouvelle structure, un immense silo qu'on ferait dans le réseau de la santé. Moi, les questions que je pose sont celles-ci: Si on fait une agence nationale du cancer, pourquoi on ne fait pas une agence nationale de la santé mentale? Pourquoi on ne fait pas une agence nationale des maladies cardiovasculaires, qui sont des problèmes de santé aussi importants?

Tous les efforts du gouvernement, au cours des dernières années, ont visé l'intégration des services. Il ne faut pas aller à contresens d'une tendance qui est majeure dans notre système de santé. Alors, on parle de silo — je remarque souvent les interventions qui parlent de silo — ce qu'on suggère, c'est la création d'un immense silo. Un patient atteint de cancer, ça a également un problème social, ça peut être diabétique, ça peut avoir une maladie chronique. Alors, je ne vois pas personnellement une valeur ajoutée. D'ailleurs, à ce sujet-là, l'AETMIS, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, a fait une revue sur les modes de gouverne de cancer dans le monde et ne considère pas qu'il y a d'avantage d'une méthode par rapport à l'autre. C'est une question de priorisation, puis de moyens, puis d'organisation de services, agence ou pas agence.

D'ailleurs, l'an dernier, lorsqu'on a fait l'annonce de nos objectifs prioritaires dans la lutte contre le cancer avec notre directeur national, qui, en passant, est un oncologue pratiquant en plus d'être un administrateur, il y avait le représentant des agences canadiennes de cancer qui était là, et je lui ai demandé directement la question: Dites-moi, est-ce qu'il y a quelque chose de plus qu'on pourrait faire si on avait une agence? Non, ce que vous faites, c'est exactement les priorités qui sont mises sur pied partout ailleurs, quel que soit le style de gouverne. Alors, il faut s'assurer qu'on crée une structure non pas pour la simple satisfaction de créer une structure, mais parce qu'elle apporte un bénéfice.

Et je rappelle que, sur le plan canadien, dans des études récentes, le Québec est parmi les trois premières provinces en termes d'accès aux médicaments anticancéreux et une des deux premières pour l'accès à la tomographie par émission de positrons. La Direction nationale de lutte contre le cancer a mis sur pied les infirmières pivots, met sur pied le registre national du cancer, organise des activités, des colloques partout au Québec. Alors, qu'on me montre la valeur ajoutée. Actuellement, elle m'apparaît extrêmement hypothétique, compte tenu de la dépense d'énergie et du temps qu'on va mettre juste pour bâtir cette structure-là, qui va être un petit royaume à l'intérieur du système de santé, là, mais qui, en termes de valeur ajoutée, à mon avis, n'apporte pas grand-chose de plus que ce qui est déjà disponible.

**Le Président (M. Kelley):** Dernier commentaire, il vous reste deux minutes.

● (12 heures) ●

**M. Drainville:** Oui. Je ne sens pas beaucoup d'ouverture de la part du ministre, M. le Président, son idée a l'air pas mal faite, là. De dire que ce serait un petit royaume, c'est une façon assez péjorative, je dirais, de qualifier le projet. Je lui rappelle, selon les derniers chiffres que nous avons, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et sont les plus faibles en Colombie-Britannique, je parle des taux d'incidence et de mortalité liés au cancer. Je lui rappelle également qu'il y a des agences comme celle-là qui existent ailleurs, qui donnent apparemment de très bons résultats.

Moi, M. le Président, je ne présume pas de la conclusion de la réflexion ou de la discussion, je suis prêt à en discuter et j'aurais souhaité la même ouverture de la part du ministre. Il dit: Je veux bien... Il dit: Montrez-moi les bénéfices, mais en même temps il en parle avec un ton tellement négatif et critique que je ne sens vraiment pas beaucoup, beaucoup d'ouverture.

Alors, je lui repose la question: Est-ce qu'il est ouvert à une discussion? Et, si oui, dans quel cadre? Et, si, visiblement, il a un préjugé défavorable à la création d'une telle agence, est-ce qu'il est, à tout le moins, ouvert à une discussion? Et, si oui, dans quel cadre, pour qu'on puisse effectivement évaluer les pour et les contre de la création d'une telle agence?

**Le Président (M. Kelley):** Rapidement, M. le ministre.

**M. Couillard:** M. le Président, c'est encore une fois une question de valeur ajoutée. Que le député consulte l'agence, le rapport de l'AETMIS sur la question. On a investi 372 millions ou environ dans la lutte contre le cancer, depuis 2003. Les résultats sont considérables en termes d'accès aux services, notamment en radiothérapie. On est dans les provinces canadiennes où l'accès aux soins est le meilleur. Et la différence de mortalité en cancer s'explique très largement et en quasi-majorité, en quasi-totalité par le taux de tabagisme plus élevé au Québec et le cancer du poumon. Ça n'a rien à voir avec une agence.

**M. Drainville:** Donc, c'est non?

**M. Couillard:** Bien, l'idée de créer une structure de plus, au départ ce n'est jamais une bonne idée. Je

comprends que c'est un réflexe péquiste classique, là, mais ce n'est pas une bonne idée.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, ça met fin à cet échange. Alors, juste intendance: nous avons débuté à 9 h 32, alors je demande le consentement pour terminer à 12 h 32 pour respecter notre enveloppe de temps.

Deuxièmement, il reste 30 minutes, alors je propose deux blocs de 15 minutes, le premier pour les députés ministériels, le deuxième pour l'opposition officielle, pour mettre fin à notre avant-midi. Je suis prêt à céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce.

**M. Copeman:** Et très brièvement, M. le Président, avant de céder la parole à mon collègue le député d'Orford. En ce qui concerne l'Hôpital Shriners, vous le savez peut-être — pour le bénéfice du député de Marie-Victorin — que j'étais beaucoup impliqué dans toute cette aventure, ayant accompagné pour quelque temps le ministre de la Santé et des Services sociaux, le premier ministre, le maire de Montréal à Baltimore, il y a maintenant trois ans, si ma mémoire est bonne, peut-être quatre, où il y avait la décision initiale de l'organisation Shriners de... ou la discussion sur la possibilité de fermeture de l'Hôpital Shriners à Montréal et le déménagement à London, Ontario. C'était une campagne très importante de la part de la ville de Montréal, de la part du gouvernement du Québec, de la part des Shriners de Montréal pour préserver l'hôpital à Montréal, ce qui fut... bataille qui fut gagnée à Baltimore.

L'année passée, de nouveau, M. le Président, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, j'ai pu assister au congrès des Shriners, en Californie, également au nom du gouvernement du Québec, pour les convaincre de ne pas revisiter la question du déménagement de l'hôpital.

Tout ça pour vous dire, M. le Président, qu'en ce qui me concerne le gouvernement du Québec a fait son maximum, maximum: convaincre les Shriners que c'est dans leur intérêt de non seulement rester à Montréal, mais de bâtir sur le site Glen. Il y a manifestement une divergence d'opinions à l'intérieur des Shriners sur ces questions-là. Si le député de Marie-Victorin a des suggestions supplémentaires de ce qu'on peut faire, moi, je suis sûr qu'on est prêts à les recevoir, mais de mon avis, M. le Président, nous avons fait le maximum possible pour convaincre les Shriners de demeurer à Montréal et de faire partie de l'expansion de leur hôpital, de choisir la cour Glen, ce qui créera, quant à moi, une synergie absolument fascinante et intéressante pour tout le Québec. Je pense que le député de Marie-Victorin est d'accord. Mais, si, lui, il a des suggestions supplémentaires de ce qu'on peut faire, supplémentaires... Parce que, moi, je considère, M. le Président, que nous avons fait le maximum possible pour... et de bonne foi, dans cette campagne. Et, s'il y a encore des questions à régler à l'intérieur des Shriners, moi, je souhaite qu'ils les règlent le plus rapidement possible pour qu'on puisse procéder avec ce projet.

**Le Président (M. Kelley):** Il n'y a pas de question pour le ministre, alors je suis prêt à céder la... Voulez-vous... Alors, je suis prêt à céder la parole au député d'Orford.

### **Informatisation de la pharmacie en établissement**

**M. Reid:** Merci, M. le Président. On a parlé beaucoup, ces derniers temps, d'infrastructures, d'investissement majeur, et pour cause, il y a des grandes décisions qui ont été prises qui auront des impacts considérables pour un mal qui a ses sources assez lointaines déjà, si on veut reculer un peu dans le temps.

Mais, avant de parler de l'ensemble de ces décisions-là, j'aimerais parler d'un investissement en particulier et qui touche aux pharmacies d'hôpital. On vit une pénurie, jusqu'à un certain point, au niveau des pharmaciens d'hôpital, de leur donner également un environnement de travail qui leur permette d'être productifs, et d'être contents d'être productifs, et aussi donc de pouvoir rester à leur emploi.

Alors, récemment — j'aimerais avoir un peu d'information là-dessus, M. le Président — dans le cadre de la Politique du médicament — je poursuis un petit peu sur la même veine pour une dernière question — il a été prévu des investissements importants pour la robotisation de la pharmacie. A priori, c'est assez rébarbatif, on a l'impression qu'on va parler à des robots. Il ne s'agit évidemment pas de ça, j'en suis certain. Il s'agit, je suis convaincu, d'investissement dans les technologies, technologies de robotique, c'est-à-dire d'automatisation pour un certain nombre de manipulations qui peuvent permettre d'avoir une augmentation de la sécurité, de la qualité, etc., mais aussi de la productivité.

J'aimerais avoir une idée, M. le Président, de la nature de ces investissements-là. Comment est-ce que ça va changer la nature du travail des pharmaciens? Comment est-ce qu'on pense qu'on aura un impact non seulement sur la qualité, mais aussi sur la rétention des pharmaciens dans les milieux hospitaliers? Et la dernière partie de cette question-là: Ça coûte combien finalement, en termes d'investissement?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, les investissements ont commencé déjà depuis une couple d'années, là. Dès 2006-2007, il y a eu des ensacheuses — ça, ça sert à préparer les portions de médicaments pour les patients de façon automatisée — qui ont été faites avec des investissements de 1 million de dollars. Mais il y a eu une augmentation importante, très importante des investissements, en 2007-2008, avec d'abord l'acquisition d'équipement en haute technologie, 15 millions de dollars. C'est maintenant présent, des investissements confirmés dans toutes les régions du Québec. Effectivement, il s'agit de robots, mais pas de robots comme on l'entend, là, ce n'est pas des robots qui marchent, qui vont donner les médicaments. Ce sont des appareils qui, de façon automatique, font la répartition des médicaments et suivent son trajet. Et il y a également des projets d'informatisation en lien avec la pharmacie pour 2 millions de dollars.

Toutes ces sommes, donc, au total, 17 millions, ont été distribuées dans les régions, et on fera bien sûr le suivi avec les plans régionaux. Chaque région a un plan régional spécifique pour le déploiement et l'informatisation de la pharmacie en établissement, alors il faut s'assurer à quel pourcentage d'atteinte de leurs objectifs on est avec

ces investissements-là et les poursuivre bien sûr si c'est requis. Mais il y a déjà un effort considérable, qui nous ramène à la question de notre collègue, il y a quelque temps, sur la pénurie de pharmaciens en établissement. Ce n'est pas la seule réponse, mais ça fait partie des réponses d'automatiser et d'informatiser le circuit de médicaments dans les hôpitaux, tout en donnant également plus de rôle aux assistants-pharmaciens.

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

**M. Reid:** Strictement là-dessus, M. le Président, de quelle façon que ça a été reçu, cette transformation-là qui est commencée, au niveau des hôpitaux, au niveau des pharmaciens eux-mêmes? Parce que ça donne un indice effectivement de l'attrait que ces nouveaux investissements donnent à leurs tâches, à leur profession, et possiblement donc c'est un indicateur de notre succès futur à attirer les gens dans le milieu hospitalier et à les garder.

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

**M. Couillard:** On a des chiffres intéressants qui pourront certainement intéresser nos collègues des différentes régions, là. En Estrie, sur les 15 millions, il y a eu un investissement de 426 000 \$; à Montréal, 4 980 000 \$; en Montérégie, 2,3 millions — quelle région? Lanaudière — Lanaudière, 568 750 \$ pour l'acquisition de ces appareils. Alors, les budgets ont été distribués dans toutes les régions et on...

**Une voix:** Montérégie...

**M. Couillard:** Montérégie, 2,3 millions.

**Une voix:** Comme toujours.

**M. Couillard:** Comme d'habitude, la Montérégie est favorisée. On me le reproche toujours à Montréal, que voulez-vous, mais je combats pour la Montérégie, M. le Président.

Et, pour l'informatisation, il y a également les mêmes montants de 2 millions qui sont répartis dans toutes les régions: Lanaudière, 98 000 \$; Montérégie, 393 000 \$; et Montréal, 847 000 \$.

Donc, effectivement, en plus de l'impact sur la tâche des pharmaciens d'établissement, il y a également un impact sur la tâche des infirmières. Ça fait partie d'une grande variété d'actions qui sont actuellement déployées. Je souhaite qu'on en vienne un jour à discuter l'organisation du travail, là, plus largement dans le réseau de la santé. Mais ça fait partie de ces actions. Ce type d'investissement là vise à soulager les infirmières et autres professionnels et les pharmaciens pour leur permettre de se concentrer sur leurs tâches professionnelles véritables.

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

#### **Augmentation des budgets pour le maintien d'actif**

**M. Reid:** Merci. Merci, M. le Président. Revenir donc à ce que j'avais annoncé. J'ai une question assez globale, disons, à poser au ministre concernant les crédits

justement liés aux investissements et aux infrastructures. Nous avons annoncé récemment un plan d'infrastructures, des montants énormes qui seront dépensés au cours des prochaines années. Et tout cela a une cause profonde, c'est qu'au Québec il y a des rattrapages à faire qui sont extrêmement importants. Nous avons mis, je pense — enfin, je conclus des chiffres que je vois — nous avons mis des sommes importantes, depuis que nous sommes arrivés, et c'est peut-être un petit peu... c'est peut-être utile en tout cas de regarder d'où vient la source.

● (12 h 10) ●

Parce qu'on a parlé, bon, pour les carences en nombre de médecins, d'un certain nombre de problèmes qui se sont passés dans les années quatre-vingt-dix, lors du gouvernement précédent. Et j'aimerais peut-être, M. le Président, lire un tout petit extrait du rapport du Vérificateur général qui a été déposé en juin 2000, qui a remis une note d'échec, entre guillemets, donc note d'échec au gouvernement pour la planification, l'entretien et la gestion des immeubles du réseau de la santé. Et il y avait quelques constats, il y en a quatre ici que j'aimerais faire avant de poser ma question au ministre.

On disait, dans ce rapport, que «le ministère et les régies régionales n'ont pas élaboré de critères pour classer les projets [...] et pour établir les travaux immobiliers prioritaires. [...] le ministère n'élabore [ni] plan ni d'échéancier pour corriger rapidement [...] les problèmes liés à la sécurité incendie[...]. Le ministère et les régies régionales ne disposent d'aucun inventaire complet et à jour des immeubles qui sont la propriété du réseau socio-sanitaire québécois. [...] des informations aussi [élémentaires] que les superficies vacantes [ou] l'état des immeubles [sont inexistantes].» Et quatrième constat: «Un pourcentage important d'établissements ne font aucun entretien préventif...»

Pourquoi est-ce que c'était comme ça? Évidemment, on le sait, c'est parce qu'ils n'avaient pas d'argent. Ce n'est pas des fous, les gens, dans les hôpitaux, ils géraient, mais on fait ce qu'on peut avec l'argent qu'on a, et ils n'avaient pas les sommes nécessaires pour faire ce type d'entretien, de plans, etc.

Alors, ma question finalement, c'est: Comme on peut le voir, outre les nombreuses coupures dans les effectifs médicaux, dont on a parlé et dont on parlera encore, au niveau des infirmières, tout au moins, le Parti québécois, qui était au gouvernement dans les années quatre-vingt-dix, a également négligé, c'est assez évident... À toutes les années, en fait, quand on regarde les rapports du Vérificateur général, on trouve des remarques là-dessus, qui vont dans le même sens. Alors, comme l'avait révélé le rapport de 2001 notamment, le réseau des infrastructures de la santé souffrait de sous-investissement chronique. Alors, dans le cahier de l'étude des crédits, les investissements, quand on regarde aujourd'hui, consacrés au maintien d'actif révèlent des montants qui ne cessent de croître de façon quasi exponentielle depuis 2003, depuis donc que nous avons été nommés au gouvernement, et sur la base de programmes qui parlaient justement... enfin, qui engageaient ce type d'investissement.

Alors, les chiffres que j'ai, c'est qu'on est passé de 40 millions de dollars annuels récurrents donc à plus de 300 millions de dollars récurrents, tel que présenté lors du lancement du Plan québécois d'infrastructures. Alors, il s'agit d'une augmentation considérable de sommes.

Même si on sait qu'il y avait des carences fantastiques, là, et qu'il y avait des besoins extraordinaires, quand on part de 40 millions de dollars — qui étaient certainement, disons, insuffisants, et de loin — à 300 millions de dollars par année, qui est un montant considérable, ma question, c'est de savoir qu'est-ce qu'on a pour cet argent-là. Pour 300 millions de dollars par année, qu'est-ce que ça va nous donner, comme contribuables québécois, dans notre système de santé? Et j'aimerais que le ministre nous explique avec assez de détails, selon son choix, là, qu'est-ce que ça nous permet de faire que ces 300 millions de dollars là. Et est-ce qu'en particulier, passer de 45 et moins, est-ce que, rendu à 300, on est allé trop loin? Je pense que non, mais j'aimerais ça entendre de la bouche du ministre la justification de ces 300 millions de dollars.

**Le Président (M. Kelley):** La question est posée. M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci, M. le Président. En fait, la décision de rehausser les investissements dans le maintien des actifs du réseau de la santé, c'est basé sur les critères normalement adoptés dans les réseaux publics, ou dans les entreprises, ou dans les bassins de propriété immobilière, qui veulent qu'on consacre environ 2 % de la valeur de remplacement au maintien d'actif, 1 % aux rénovations fonctionnelles. Alors, c'est l'objectif qu'on a atteint sur plusieurs années.

Il faut rappeler qu'on est parti d'un niveau d'investissement annuel pour tout le réseau de la santé, uniquement pour le maintien des actifs, de 40 millions de dollars par année, montant qui est maintenant devenu récurrent et qui atteint 295 millions de dollars annuellement. Donc, c'est une augmentation tout à fait considérable. On a également ajouté, pour 2008-2009, 202 millions pour la résorption du déficit d'entretien des édifices particulièrement vétustes où il faut intervenir de façon plus urgente, des rénovations fonctionnelles mineures pour 147 millions et des projets d'efficacité énergétique, toujours dans le maintien des actifs, de 10 millions, pour un investissement annuel de 654, près de 655 millions de dollars pour l'année 2008-2009.

Alors, la réponse finale à la question du député, c'est qu'il s'agit de normes du secteur de la construction qui ont été atteintes et qui ont permis de rehausser de façon spectaculaire le niveau d'investissement. On parle d'un niveau qui est sept fois plus élevé que ce qui existait avant 2003 en termes de récurrence. Alors, ce n'est pas surprenant effectivement que nos établissements se soient détériorés partout au Québec, parce qu'on ne disposait pas des sommes requises pour prévenir les entretenir et les garder en bonne condition.

**Le Président (M. Kelley):** Ça va? Il vous reste une minute.

**M. Reid:** Il reste une minute, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Une minute, oui. Courte question.

**M. Reid:** Alors, bien, écoutez, je pense que je n'ai pas de question qui va prendre une minute à répondre ou même à poser, parce que j'ai des questions importantes

qui reviendront, M. le Président, notamment sur la pénurie des infirmières et aussi sur l'organisation du travail.

**Le Président (M. Kelley):** Vous avez annoncé vos couleurs pour le prochain bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole à Mme la députée de Masson.

### Services offerts aux personnes ayant une déficience auditive

**Mme Grandmont:** Merci, M. le Président. D'entrée de jeu, je vais vous entretenir sur quelque chose qu'on avait déjà parlé l'année dernière, puis j'ai constaté qu'il n'y avait pas eu aucun changement, aucune amélioration. Ça fait que c'est sur les audioprothésistes. Ça fait que, c'est ça, ça fait que, moi, je veux vous parler de ce problème-là que les gens vivent, parce que c'est toujours le même problème.

Quand on regarde qu'en 2003 c'est rendu obligatoire de passer par un audiologiste, les gens de 75 ans et plus, et qu'on sait qu'on manque d'audiologistes, que déjà les listes d'attente sont très longues, je ne vois pas l'utilité de faire ça, parce que c'est payer à deux endroits quand on est déjà déficitaire au niveau de la santé. On dit toujours que ça coûte trop cher. Là, on va payer à deux places en même temps pour le même service. Ça fait que je considère que...

Puis encore on est sur une liste d'attente, on allonge encore la liste d'attente pour les personnes, puis l'audioprothésiste pourrait très bien faire le travail puis mettre des prothèses auditives aux gens. Puis, quand on sait qu'on a 75 ans, on ne va pas être moins sourd rendu à 75 ans qu'on l'était à 65 ans, ce n'est pas une maladie qui va guérir, c'est une maladie qui se détériore. Ça fait que je ne vois pas l'utilité. C'est sûr que, si l'audioprothésiste découvre une maladie à l'intérieur de l'oreille, il va le référer à un ORL.

Pourquoi ne pas garder nos audiologistes à quelque part pour traiter des enfants qui ont vraiment des besoins majeurs au lieu d'en rajouter du monde sur des listes d'attente qui ont un an à deux ans d'attente pour rencontrer un audiologiste? On réduirait le délai d'attente pour ça. Ça fait que je trouve que ce serait encore très important de regarder, de dire: On n'a pas besoin de payer à deux endroits pour le même service. Ça, ce serait une diminution de coûts au préalable.

Deuxièmement, je veux savoir aussi pourquoi qu'on ne tient pas compte, à l'intérieur des demandes, que, quand les gens demandent pour une prothèse, qu'ils n'ont pas le droit d'avoir un montant qui leur est alloué, puis dire: Bien, je veux une prothèse de meilleure qualité ou un meilleur produit, je vais déboursier la différence. Quand on paie de l'argent qui sort de nos poches, en bon français, on y fait attention beaucoup plus que quand c'est juste payé par le gouvernement. Puis ces gens-là l'utilisent à peu près six mois, puis, au bout de six mois, ils retournent se faire faire une nouvelle prothèse, et celle qui a été payée par le gouvernement dort dans un tiroir. Ça fait que c'est encore de l'argent dépensé qui est complètement inutile, parce que les gens retournent se faire faire quelque chose qui va être beaucoup plus esthétique.

Ça fait que je veux savoir qu'est-ce que le ministre entend faire pour changer les choses puis donner plus satisfaction aux personnes qui ont des problèmes de surdité?

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

**M. Couillard:** M. le Président, on avait convenu qu'on garderait les dossiers de services sociaux dans les cinq dernières heures des crédits. On pourra y revenir à ce moment-là.

Mais, de façon préliminaire, il faut rappeler qu'il y a eu une modification du règlement sur les prothèses auditives qui ne s'est pas faite de façon, je dirais, là, improvisée par le gouvernement, qui venait de représentations de professionnels sur le terrain, là. Et d'ailleurs, lorsque le règlement a été adopté, il y a plusieurs organisations qui l'ont salué et qui l'ont approuvé. Les études ont été faites avec ces professionnels-là, et les budgets ont été rendus nécessaires pour également faire la transformation du mode de financement ou du mode d'attribution de ces prothèses-là.

Il faut également ne pas sous-estimer... Je comprends les problèmes d'accessibilité que la députée a décrits, ils sont réels, mais là-dessous également il y a un petit peu de chicanes corporatistes, là, entre les audiologues puis les audioprothésistes. On ne peut pas faire abstraction de ça, là. Chacun pense que les autres, c'est les diables, là. On sait que, dans la vraie vie, ce n'est pas comme ça.

Alors, ce que je pourrais faire, c'est peut-être demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec de préciser quelles sont les dispositions actuelles et comment tout ça fonctionne. Et, si la députée est d'accord, lorsqu'on reviendra en services sociaux, dans les dernières heures des crédits, on pourra remettre la question et on aura des réponses plus précises, à ce moment-là, avec les gens directement en contact avec ce programme-là, qui seront disponibles pour lui donner des explications.

**Le Président (M. Kelley):** Juste vous identifier. Il y a consentement. Alors, vas-y.

● (12 h 20) ●

**M. Beausnesne (Gilles):** Alors, Gilles Beausnesne, de la Régie de l'assurance maladie. En ce qui concerne les audiologistes, là, la réglementation qui a été modifiée, dont parle le ministre, effectivement les audiologistes font des examens complets aux personnes à partir de 65 ans, alors que c'était le cas à partir de 75 ans précédemment. Et l'objectif derrière tout ça, c'est de s'assurer que l'évaluation est complète et que les prothèses qui soient prévues pour les personnes soient utilisées de la meilleure façon possible, assurer une meilleure utilisation, finalement.

Quant à la possibilité de payer de la poche des utilisateurs une certaine partie pour des produits autres que ceux qui sont prévus sur les listes, depuis plusieurs années, la situation, c'est que le programme offre des produits qui couvrent l'ensemble des besoins, on s'assure, dans l'établissement de la liste, que ça couvre l'ensemble des besoins des personnes, et il y a possibilité que les gens puissent effectivement acheter d'autres produits, mais, à ce moment-là, il n'y a pas de compensation qui est offerte dans le cadre du programme.

**Mme Grandmont:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Grandmont:** Excusez, M. le Président. Quand on sait qu'en Ontario ça se fait, les gens ont une

allocation qui leur est allouée, ils choisissent la prothèse qui leur convient le mieux. Comme c'est là, c'est les gens qui ne l'utilisent pas qui choisissent qu'est-ce que tu as besoin. Et, en cours de route, la plupart des gens ne l'utilisent pas le nombre de temps qu'il devrait être utilisé. On sait que, dans le régime, c'est six ans pour changer une prothèse. À quelque part, les gens qui ne l'utilisent pas, c'est comme payer pour quelque chose qui est complètement inutile.

Parce qu'en cours de route le modèle qui est suggéré par le gouvernement, ce n'est pas ce qu'il y a de plus esthétique, on s'entend, là. De plus en plus, aujourd'hui, il y a des modèles beaucoup plus esthétiques, beaucoup plus petits. Les gens qui veulent les utiliser, ils ne veulent pas que ça paraisse qu'ils sont sourds, là, ils ont déjà assez de vivre avec sans en plus que ce soit trop évident. Ça fait qu'ils veulent avoir des choses pas mal de meilleure qualité que qu'est-ce qui est prévu au départ, mais, comme c'est là, ce n'est pas accessible.

Je ne sais pas pourquoi qu'en Ontario on peut l'avoir; ici, au Québec, ce n'est pas possible. On a-tu deux catégories de citoyens dans le Canada: une partie pour l'Ontario puis une partie pour le Québec? Je ne crois pas. Je pense qu'on devrait tous être équitables pour recevoir des services. Ça fait qu'à quelque part je pense qu'on devrait revoir la manière de faire. On ne dit pas de donner de l'argent puis: Va où tu voudras. On paie directement l'audioprothésiste, puis il débourse la différence. Ça ne changerait rien dans les montants que vous allez allouer, mais par contre ça changerait beaucoup pour les gens qui sont obligés de payer au complet toute une nouvelle prothèse pour satisfaire à leurs besoins. Et ça, je pense, ce serait primordial de le regarder. J'en ai eu beaucoup, de gens qui sont venus m'en parler. Ils ont dit: Ça, c'est ce qu'on veut, nous autres. Le ministère nous impose des choses, et, nous, on demande des choses. Pourquoi ne pas respecter ce qui nous est demandé? Ça ne coûtera pas plus cher, là, ça va coûter...

Puis les gens vont y faire beaucoup plus attention. Quand je regarde le budget qui est mis en réparation de prothèses auditives, c'est inimaginable. Juste de réparation, là, on ne parle pas d'achat, là, on est à 2 millions 400 quelques mille, là, juste de réparation de prothèses. Puis la plupart du temps les gens disent: Bien, ce n'est pas grave, c'est le gouvernement qui paie, je ne paie rien, moi, ce n'est pas grave quand même je ne l'entretiens pas. J'ai mon rappel aux six mois. Ah, ça ne m'adonne pas, j'irai dans un autre six mois. C'est ce qu'ils font, puis ce qui fait que les prothèses se détériorent beaucoup plus rapidement.

Ça fait qu'à quelque part, si on dirait: Vous devez, pour avoir meilleur, payer une partie, vous allez l'entretenir, vous allez y faire attention, puis ils vont y aller, à leur rappel. Puis ça va être pas mal plus efficace sur le terrain, puis les gens vont être pas mal plus satisfaits du système de santé. Ils vont dire: Bien là, au moins on a reconnu qu'on avait des besoins spécifiques, qu'on veut des choses spécifiques puis qu'en fin de compte ils ont fini par en tenir compte, de ce qu'on voulait. Et ça, je trouve ça très important.

Autre chose aussi: Pourquoi que les gens qui sont sourds n'ont pas le droit à deux appareils? Si vous n'êtes pas sourd de deux oreilles, tu as un gros problème parce qu'il ne t'en fournisse pas rien qu'un si tu es sourd d'une oreille. Avez-vous déjà essayé de vivre une journée à ne

pas entendre d'une oreille complète? Essayez, pour le fun, voir, comment que c'est agréable. Bien, ces gens-là n'entendent pas d'une oreille, ils en ont juste une pour fonctionner, déjà c'est un handicap. Tu es sur la route, tu fais quoi? Si tu as le malheur que ce soit ton oreille gauche que tu n'entendes pas, tu fais quoi pour conduire? Tu es drôlement handicapé parce que ton oreille droite, elle entend toujours moins bien qu'est-ce qui se passe sur le terrain. Puis tu veux jaser avec quelqu'un, tu n'entends pas, ce côté-là, ça fait que tu es arrangé de même tout le temps. Tu as l'air d'un robot.

Pourquoi ne pas à quelque part dire: Bien, les gens... On en a deux, oreilles, ça devait être parce qu'on en avait besoin de deux. Pourquoi ne pas permettre aux gens d'avoir deux appareils quand ils en ont de besoin? Je ne vois pas pourquoi qu'on ne peut pas permettre ça. On est en 2008, on laisse des gens handicapés parce qu'on ne veut pas subvenir à des besoins réels. Et ça, c'est un besoin réel. Essayez une journée de ne pas entendre, voir. Vous allez voir comment que c'est à la fin de la journée. Vous m'en reparlez, voir.

Moi, j'entends très bien, il n'y a pas de problème, je ne suis pas sourde. Je l'ai dit l'autre jour que je n'étais pas sourde. Mais ce n'est pas pour moi que je le fais, c'est pour les gens qui viennent m'en parler, qui viennent me définir leurs problèmes, c'est quoi, leurs problèmes, c'est quoi, leurs problèmes journaliers qu'ils vivent. Et je pense que ça on devrait en tenir compte à quelque part.

Puis c'est pour ça qu'en étude de crédits il faut demander des choses supplémentaires, il faut questionner pourquoi que ça ne se fait pas, quand on sait des quantités d'argent qui se dépensent puis qu'en bout de ligne ça ne satisfait même pas aux besoins de tout le monde. Bien, je veux savoir qu'est-ce que le ministre entend faire pour corriger la situation. J'en ai parlé l'année dernière, j'en reparle cette année et je vais en reparler tous les ans jusqu'à temps que j'aie gain de cause.

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, je reçois très bien les remarques de notre consœur la députée, là. Les crédits, ça sert également à montrer les choix, c'est-à-dire qu'à ce que je sache, l'enveloppe de crédits, on ne demande pas de l'augmenter, donc, si on met des crédits à un endroit particulier, il faut le retirer à un autre endroit.

Maintenant, les travaux qui ont été faits, qui ont été faits en préparation de ce règlement-là, encore une fois ils ne sont pas venus du ciel. Les gens du terrain, les audio-prothésistes, les audiologues ont participé à ces choses-là.

Pour ce qui est des prothèses des deux oreilles, là, elles sont actuellement prévues pour les enfants et pour l'intégration au travail. C'est exact que, pour les personnes âgées, ce n'est pas nécessairement prévu d'avoir la prothèse des deux côtés.

Le comité recommandait également — ce qui a été fait — de faire l'évaluation globale des besoins de la personne sourde de plus de 65 ans. C'est pour ça qu'on a ajouté l'élément de l'examen audiologique, ce n'est pas juste par désir de rajouter une étape, c'est que le comité qui s'est penché sur cette question-là demande qu'on ne mette pas de prothèse sans avoir fait une évaluation très globale de la situation puis des besoins particuliers de la personne, ce qui nécessite un examen audiologique.

Alors, effectivement, on a rehaussé le modèle. Je ne dis pas que c'est le modèle idéal qui est actuellement disponible, mais il y a déjà eu un rehaussement, un premier rehaussement du modèle de prothèse auditive qui est rendu disponible. On est toujours prêts à ajuster ces règlements-là au fil des années, mais il faut être conscient qu'il y a des choix budgétaires qui en découlent et que, dans une enveloppe comme celle de la santé, il faut faire des choix d'un département par rapport à un autre.

Maintenant, je retiens que la suggestion que la députée nous achemine, c'est de maintenir le programme au niveau actuel en donnant une allocation fixe aux personnes et en leur demandant de payer la différence pour le type d'appareil qu'ils veulent ou qu'elles veulent avoir. Je pense que j'ai bien compris que c'était la suggestion. Et qu'est-ce qu'on fait alors avec les personnes qui n'ont pas les revenus nécessaires pour payer cette différence? Alors, c'est le problème qu'on a généralement dans plusieurs domaines, dont celui-là. Alors, ce n'est pas tout le monde qui aura les revenus pour payer ça. Et même des prothèses de plus haut niveau technologique nécessitent également d'être entretenues, puis d'avoir un rappel, puis d'être vérifiées. La députée dit: Si les gens paient, ils vont être plus portés à aller faire l'entretien. Peut-être, ça reste à prouver.

Mais, dans ce domaine, là, on sait que c'est un domaine qui est difficile, puis les gens veulent avoir plus d'aide. On est toujours prêts à regarder les améliorations à apporter, mais on n'en fera pas aux six moins non plus. Il y a un premier règlement qui a été adopté, qui va également rentrer également dans le plan de réadaptation qu'on va mettre en place quant à l'accès aux services d'audiologie. Mais, pour le prochain rehaussement, on étudiera l'option, dont celle qui est proposée par l'opposition officielle, qui est effectivement de demander aux gens de payer plus. C'est ce que je reçois comme message, là.

**Mme Grandmont:** C'est ce que les gens nous demandent...

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Grandmont:** Merci, M. le Président. Je m'excuse, je n'y pense pas toujours. C'est ce que les gens nous demandent, qu'ils veulent avoir, d'être capables de payer, ceux qui ont le moyen. Ceux qui n'ont pas le moyen, c'est sûr qu'on va toujours en avoir qui n'ont pas le moyen de payer le surplus, mais ceux qui travaillent puis qui veulent avoir des choses de meilleure qualité, bien, à ce moment-là, pourquoi ne pas leur donner l'opportunité de le faire? Ça ne veut pas dire qu'on va mettre de côté une autre gamme de citoyens, mais ceux qui travaillent, qui en ont vraiment de besoin, bien, à ce moment-là, ils auraient la possibilité de dire: Bien, regarde, je vais déboursier, puis je vais avoir ce que je veux au moins, puis je vais avoir un meilleur fonctionnement. Puis on sait qu'on s'en vient avec des nouveaux modèles de prothèse aussi, là, qu'on regarde, là, présentement. Ça fait que je pense qu'à quelque part il faudrait vraiment en tenir compte puis commencer à étudier la situation très sérieusement.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre.  
● (12 h 30) ●

**M. Couillard:** Bien, je remercie beaucoup notre conseillère députée pour ses remarques puis ses suggestions. On va suivre ça de près, là. Mais il faut toujours considérer qu'il y a des limites à ce qu'on peut faire en termes de fonds publics. Moi, je dois dire, je reçois rarement des demandes à mon bureau par du monde qui veulent payer plus. C'est rare qu'on m'écrit pour ça. C'est en général du monde qui m'écrit parce qu'ils veulent que ce soit encore plus gratuit.

**Mme Grandmont:** ...me voir puis qui me disent: Regarde, parle-z-en, demande-le, c'est ce qu'on veut, c'est ce qu'on demande. J'ai rencontré plusieurs citoyens, pas juste un, là, au hasard. J'ai rencontré des gens du métier aussi; eux autres aussi, ils le réclament, parce qu'ils ont beaucoup de demandes de demandées... qui leur est demandé, puis ils disent: Bien, on ne peut pas le faire. Ça fait que c'est à nous maintenant à faire le travail ici pour pouvoir regarder pour faire le changement puis apporter satisfaction à la majorité des gens qui veulent l'avoir.

**Le Président (M. Kelley):** Je pense que ça met fin à cet échange. Juste deux items d'intendance avant de suspendre nos travaux. On va reprendre à 15 heures, dans le salon rouge, et non ici, alors ça va être l'autre salle pour cet après-midi. Deuxièmement, on va commencer avec le deuxième groupe d'opposition. Alors, M. le député de Marie-Victorin va être le premier au bâton après 15 heures.

Alors, sur ce, je vais suspendre nos travaux jusqu'après la période de questions. Merci beaucoup, tout le monde.

*(Suspension de la séance à 12 h 31)*

*(Reprise à 15 h 7)*

**Le Président (M. Kelley):** Bon après-midi. Si tout le monde peut prendre place, je vais rappeler le mandat de la commission. La commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année 2008-2009.

Nous sommes prêts à continuer avec les échanges que nous avons eus avant. Nous avons commencé à 15 h 7, alors j'avise les membres qu'on va terminer, avec consentement, à 18 h 7. Est-ce qu'il y a consentement pour respecter notre enveloppe de trois heures? Si oui, sans plus tarder, je suis prêt à céder la parole au député de Marie-Victorin.

#### **Ententes de partage de risques avec l'industrie pharmaceutique (suite)**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Encore une fois, M. le Président, j'ai plusieurs sujets que je souhaiterais aborder dans ce bloc. Alors, je vais m'imposer de courts préambules et je demanderais la collaboration du ministre pour ses réponses.

Sur la question des ententes de partage de risques avec les entreprises pharmaceutiques, M. le Président, le ministre nous a dit ce matin: Écoutez, ce qui nous a été présenté jusqu'à maintenant, ça ne correspond pas vraiment

aux critères que nous nous étions donnés. Est-ce qu'il serait quand même envisageable, M. le Président, que le ministre de la Santé fasse les premiers pas peut-être pour qu'on voie un peu ce qu'une entente comme celle-là avec une entreprise pharmaceutique pourrait donner?

J'ai en tête, par exemple, une entente qui nous permettrait d'inscrire un nouveau médicament, mais, comme il y aurait partage de risques, à partir d'un certain volume de ventes — c'est le propre même d'une entente comme celle-là — la compagnie pharmaceutique serait obligée de verser à l'État québécois une partie de ses dividendes sous forme... On pourrait appeler ça... C'est un peu le principe de la ristourne. Est-ce que ça ne pourrait pas être envisageable dans certaines catégories de médicaments, M. le Président, dans des cas où on craint qu'en inscrivant un médicament les ventes soient tellement importantes que ça crée un problème d'ordre financier? Ça pourrait, me semble-t-il, dans certains cas... Je ne dis pas que ce doit être le cas tout le temps, mais, dans certains cas, est-ce que ça ne nous permettrait pas d'inscrire un nouveau médicament, donc donner davantage d'accès aux patients, mais, grâce à l'entente, «capper», si je peux me permettre, plafonner les coûts liés à l'inscription de ce nouveau médicament en obligeant l'entreprise à nous remettre une partie de ses profits à partir d'un certain volume de ventes?

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

● (15 h 10) ●

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, c'est exactement la base d'une entente de partage de risques que décrit notre collègue. Cependant, ça ne peut pas être un substitut à l'inscription.

**M. Drainville:** Non, non, non, on est d'accord, on est d'accord.

**M. Couillard:** Mais c'est parce que le député a dit «pour inscrire un médicament». Il faut que ce soit un médicament dont il a déjà été convenu qu'il ferait l'objet d'une inscription...

**M. Drainville:** On s'entend là-dessus, M. le Président.

**M. Couillard:** ...et que ce serait, par exemple, pour un médicament qui est sur la liste d'exception que l'entreprise nous demande de transférer à la liste régulière. Voilà le contexte dans lequel ça a pu être appliqué.

**M. Drainville:** Je suis d'accord, monsieur...

**M. Couillard:** Mais on n'a pas eu grand demandes là-dessus de ce type-là. L'autre chose, c'est que l'appétit a beaucoup diminué pour ce type de demande là parce qu'on a introduit des modifications dans la règle du médicament d'exception qui rendent ça beaucoup plus facile pour les médecins, notamment la codification. Rapidement, au lieu de remplir un formulaire, le médecin n'a qu'à inscrire un code numérique. Et ça a été introduit déjà pour 80 à 85 médicaments, là, de mémoire. Le nombre exact, c'est 82, 82 médicaments. 50 % des médicaments d'exception listés en 2006 déjà ont été codifiés. Alors, il y a une grande partie du problème qui a été... qui a fait

l'objet d'une correction avec ça, qui d'ailleurs faisait partie de la Politique du médicament.

Alors, ce que veulent les entreprises, c'est augmenter l'accès pour leurs médicaments. En passant, la liste d'exception et la liste régulière, si la demande est présentée comme ça dans le cadre d'une entente de partage de risques, on est prêts à étudier ça mais au cas par cas, on ne donnera pas un endossement général sur ce genre de propositions là avant de les avoir étudiées correctement. Mais je répète que, compte tenu de la codification de la procédure de médicament d'exception, ça diminue un peu la pression actuellement pour ce genre d'action là.

**M. Drainville:** Très bien. Merci, M. le Président. Je tiens à assurer le ministre qu'il va de soi dans notre esprit que, pour qu'un tel partenariat soit envisagé, il faut d'abord qu'on ait fait la démonstration de la qualité thérapeutique du médicament. On s'entend là-dessus, c'est le principe.

**M. Couillard:** C'est l'indication précise. Parce que l'autre chose qui est tentée des fois, c'est de nous faire ouvrir sur une nouvelle indication que le Conseil du médicament n'a pas reconnue. Alors, il faut qu'on s'entende sur la valeur thérapeutique et l'indication selon les recommandations du Conseil du médicament.

**M. Drainville:** On s'entend, on s'entend. Mais, si je comprends bien, si c'était proposé comme ça, vous ne seriez pas fermé à l'idée de vous asseoir et de voir comment on pourrait en venir à une entente.

**M. Couillard:** Mais chacune des propositions a fait l'objet de discussion avec les entreprises, mais j'ai donné les paramètres que nous suivrions.

#### Mesures concernant l'usage optimal des médicaments

**M. Drainville:** Très bien. Toujours sur la question du médicament, M. le Président, il y avait auparavant, enfin jusqu'en 2005, un programme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments. Mais, depuis 2005, la RAMQ a mis sur la place... sur la glace, dis-je bien, elle a suspendu ce programme de surveillance qui consistait à prévenir la surconsommation de médicaments chez les prestataires de l'aide sociale, qui visait également à prévenir la fraude. Bon, l'ordre des pharmaciens et pharmaciennes propriétaires souhaitait que ce programme soit poursuivi. Même le Vérificateur général, M. le Président, avait demandé à la RAMQ d'élargir le programme à tous les usagers du régime québécois de l'assurance médicaments.

Est-ce qu'il serait possible, M. le ministre, qu'un nouveau programme vienne remplacer celui qui a été mis sur la glace par la RAMQ en 2005, toujours dans l'esprit de limiter la croissance des coûts des médicaments? Parce que, vous l'avez dit ce matin, et on s'entend là-dessus, c'est un poste budgétaire qui a beaucoup, beaucoup augmenté, dont les coûts ont beaucoup augmenté ces dernières années. On essaie de contenir la croissance des coûts. Est-ce qu'il serait possible d'envisager un programme qui ressemblerait, qui reprendrait un peu les principes de ce programme-là qui existait jusqu'en 2005 et qui, en tout cas selon les informations que nous avons ici, fonctionnait plutôt bien?

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

**M. Couillard:** Alors, il faut savoir, M. le Président, ce qu'on m'indique, c'est que le but de ce programme auquel notre collègue fait allusion, c'était de surveiller la croissance et l'utilisation des médicaments pour certaines catégories de personnes assurées, notamment les personnes recevant de l'assistance-emploi ou les personnes âgées. Parmi les mesures qui sont proposées dans la Politique du médicament, celle, par exemple, qui est la révision de médication à domicile pour les personnes âgées nous paraît plus porteuse en termes d'amélioration de l'utilisation que ce type de mesure là qui tend, d'une façon involontaire peut-être, mais à stigmatiser ou à isoler une partie des citoyens dans des périmètres sociaux définis et faire des associations qui ne sont pas nécessairement valables sur le plan statistique.

**M. Drainville:** C'est pour ça que, nous... Et je suis bien d'accord avec vous, il ne faut surtout pas stigmatiser une clientèle plutôt qu'une autre. Mais c'est pour ça que je vous pose la question: Est-ce qu'il ne serait pas envisageable d'envisager, donc de regarder un programme comme celui-là mais qui ne ciblerait pas justement une clientèle, qui n'aurait pas pour résultat de stigmatiser une clientèle en particulier mais qui nous permettrait de mieux contrôler peut-être la surconsommation de médicaments et puis de prévenir, dans certains cas peut-être, la fraude?

Parce que je tiens à citer ceci, M. le Président, dans une étude qui avait été réalisée par la RAMQ, et c'est une étude qui est intitulée — c'est assez long, là, je m'excuse d'avance — *Calcul et comparaison des coûts en consommation de médicaments et en services médicaux* — bon, etc. — *ayant fait l'objet du mécanisme de surveillance et de suivi de consommation du médicament*. Ça, c'est daté en juin 2005. On concluait, je cite: «Les résultats obtenus par [...] la mesure de suivi a été efficace. Durant son application, elle a généré des économies. Lorsque nous comparons le total des coûts RAMQ, médicaments et services médicaux, entre 1998 et 2003, on obtient une baisse moyenne de 19 %.» Alors, est-ce qu'en d'autres mots c'est possible d'envisager un programme qui permettrait peut-être de contenir l'augmentation des coûts pour l'ensemble des usagers?

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

**M. Couillard:** Bien, je rappellerais que, sur cette période de 1998 à 2003, il y a eu de très importantes augmentations de coûts du régime et de contribution des usagers. Alors, l'impact final a été au global de fortes augmentations de contribution pour les citoyens. Je crois qu'il est préférable de miser sur les autres formules que nous avons élaborées. Alors, quand le député parle de mesures visant à contenir les coûts, améliorer l'usage optimal, etc., l'accès aux médicaments, c'est la base de la Politique du médicament qui a été déposée.

J'ai cité tantôt l'exemple du profil... ou de la revue de l'utilisation de médicaments. Il y a un autre exemple qui peut être cité également, qui fait partie des objectifs de la politique, c'est l'envoi de profils de prescription pour les médecins, bien sûr sur une base confidentielle et à des buts purement d'autoévaluation et non pas des buts

administratifs. Ce type de mesure là, lorsqu'essayée dans d'autres pays, a eu des effets positifs.

Maintenant, il est possible actuellement de connaître, d'après les bases de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les volumes de prescription et les volumes comparatifs ou comparés, pour les assurés du régime bien sûr, actuellement — et ça va changer avec le DSQ — pour les assurés du régime, de différentes classes de médicaments. Alors, on a déjà accès à ce type, je dirais, de données là, qui sont la nourriture un peu de la table de concertation qui vise à formuler de nouveaux projets d'usage optimal du médicament. Alors, je pense qu'on dispose d'outils intéressants.

Mais je voudrais rassurer le député, s'il y a d'autres idées qui nous viennent de la part des professionnels ou de la part de l'industrie, on est toujours prêts à les étudier, avec comme but final d'améliorer ou de rendre plus optimal l'usage du médicament.

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

**M. Drainville:** Merci. Combien de temps me reste-t-il, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** 11 minutes.

#### **Infirmières praticiennes spécialisées**

**M. Drainville:** Merci. Prière de m'indiquer, de me faire signe quand il restera seulement cinq minutes, M. le Président. On fait un peu... on essaie de toucher à tous les sujets importants, M. le Président. Les infirmières praticiennes, si vous permettez, M. le ministre. Bon, depuis 2002, donc, la loi n° 90 existe, elle créait donc cette nouvelle profession, pourrait-on dire, d'infirmière praticienne. Bon, actuellement, il existe des infirmières praticiennes dans quatre secteurs: néonatalogie, néphrologie, cardiologie et première ligne.

Je ne sais pas quel est le dernier compte que vous avez, là, mais, nous, M. le Président, si on se fie à une déclaration de la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Mme Desrosiers, là, il y aurait seulement une dizaine d'étudiants qui sont présentement inscrits dans différents programmes menant donc à la diplomation d'infirmières praticiennes, et on est bien en deçà de la cible de 75 infirmières praticiennes spécialisées que le ministre de la Santé avait anticipée. En fait, si je regarde, là, 2008, il y aurait — corrigez-moi si je me trompe, là — neuf infirmières en néonatalogie, six en néphrologie et 12 en cardiologie. Je parle bien sûr des infirmières praticiennes qui travaillent présentement, exactement. Et, toujours en 2008, il y aurait cinq candidates qui auraient réussi l'examen de l'ordre, une en néonatalogie, trois en néphrologie, une en cardiologie.

Est-ce que le ministre peut nous dire, M. le Président, s'il entend maintenir sa cible de 75 infirmières praticiennes? Et pour quelle raison cette cible-là tarde-t-elle tant à être atteinte? Est-ce que c'est une question d'incitatifs? Pour quelle raison est-ce que ça semble être si difficile d'amener les infirmières à devenir des infirmières praticiennes, alors qu'on a tellement besoin d'elles, tout le monde s'entend là-dessus? Ça pourrait être une façon de permettre aux médecins de se décharger d'un certain nombre de responsabilités qui pourraient être tout à fait

assumées par les infirmières praticiennes et permettre aux médecins de se concentrer sur des actes médicaux, disons, plus précis ou plus exigeants. La réponse, M. le ministre.

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

● (15 h 20) ●

**M. Couillard:** Bien, les chiffres effectivement montrent qu'en 2008 on a normalement un total de 32 infirmières praticiennes spécialisées, ce qui nous amène en deçà de l'objectif, mais cependant qui nous met en direction de celui-ci. Ça, c'est pour les infirmières praticiennes en spécialités cardiologie, néphrologie, néonatalogie. Comme le député le sait, on a également ouvert des formations pour les infirmières praticiennes de première ligne. Actuellement, on a 12 demandes de bourse reçues pour les premières inscriptions, le programme de formation commence.

Je dirais, si on a à expliquer le développement ou le rythme de développement de ce programme-là, je dirais qu'il y a deux raisons possibles. D'abord, bon, les incitatifs financiers, ils ont été bonifiés, comme le député le sait, au cours des dernières années. On a doublé la bourse de 30 000 \$ à 60 000 \$. On a un forfait d'installation également disponible de 25 000 \$. La subvention pour l'établissement a été portée à 60 000 \$. C'est donc un budget assez considérable, de plus de 13 millions de dollars, qui a été rendu disponible pour supporter l'implantation de ces 115 infirmières praticiennes spécialisées également en soins de première ligne. Alors, on a là-dessus, je crois, offert des incitatifs satisfaisants.

Ce qu'on peut peut-être dire, c'est qu'il y a... Du côté des infirmières de première ligne, les programmes de formation ne sont pas encore complètement déployés, d'une part. Je pense, c'est l'Université Laval à date et l'université, sauf erreur... une autre, Montréal, qui ont commencé... et McGill également — ah, mais j'ai les renseignements dans le cahier de crédits — qui ont commencé à donner la certification.

Je crois qu'également les infirmières qui s'engagent dans ces programmes ont besoin d'être rassurées quant à la disponibilité concrète de postes pour elles dans le réseau, lorsqu'elles vont terminer. Et j'échangeais là-dessus récemment avec les collègues du ministère pour nous assurer qu'on puisse être en mesure — et c'est ce qu'on fait, là — de garantir que chacune de ces infirmières praticiennes spécialisées soit en spécialité ou soit en première ligne, et particulièrement en première ligne — parce que, le député le sait, elles pourraient rendre de grands, grands services dans les soins de première ligne — on ait des postes pour les faire entrer, en combinaison: les candidates diplômées et les postes. Alors, on est en train de faire ce travail-là. On a le temps de le faire d'ici la diplomation de la première cohorte en soins de première ligne. Mais ce que je voudrais répéter, c'est qu'on veut que toutes ces infirmières-là travaillent. Il y a de nombreux milieux où elles peuvent être très utiles, bien sûr les régions, mais même également dans certaines zones plus peuplées, elles peuvent apporter un complément très important.

Il faut également savoir que, dans les groupes de médecine de famille, comme le député le sait, il existe des infirmières qui ont un profil de pratique, sans détenir le titre d'infirmière praticienne de première ligne — qui sera celui qui sera donné par les universités lors du

programme — leur profil de pratique s'en rapproche beaucoup et dans les groupes de médecine de famille et dans les cliniques réseaux. Je crois, là-dessus, que le Québec a été en retard, on a été plus lents, au Québec, à développer cette profession. Et la responsabilité n'en incombe pas qu'au seul gouvernement, je crois qu'il y a eu une certaine résistance professionnelle — pour être euphémique un peu dans mes propos — qui a fait en sorte que ça a été plus lent. Mais maintenant la profession médicale est très, très ouverte à ça et réalise qu'on ne peut pas non seulement retarder, mais empêcher l'arrivée de cette profession qui va les aider.

D'ailleurs, je signale, pour terminer, à notre collègue que, lorsqu'on fait le bilan des groupes de médecine de famille, je pense que je le disais l'autre jour, dans cette étude des crédits, lorsqu'on demande aux médecins quel est l'aspect de la pratique en groupe de médecine de famille qui les satisfait le plus sur le plan de la qualité professionnelle, bien c'est l'interaction avec l'infirmière, qui leur permet de se dégager pour voir plus de nouveaux patients ou prendre en charge certains suivis de routine par l'infirmière, sous bien sûr la supervision du médecin. Alors, il y a beaucoup d'avenir à ça. Nous, on va continuer à soutenir par les bourses, par tous les incitatifs nécessaires, et surtout nous assurer que chacune de ces infirmières graduées se verra offrir au moins, au moins un poste dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Et, en passant, le titre d'emploi a fait l'objet d'une entente avec le syndicat, lors de la dernière ronde de négociations, de même que le niveau de rémunération.

**Le Président (M. Kelley):** On arrive au moment de cinq minutes. Alors, je donne la parole au député de Gouin.

**M. Drainville:** Mon Dieu! M. le Président, vous lisez dans mes pensées.

#### **Aménagement d'une unité mère-enfant à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal**

**M. Girard:** M. le Président, j'aimerais aborder avec le ministre la situation du Département d'obstétrique de l'Hôpital Sacré-Coeur. J'ai eu l'occasion de visiter le département à la mi-janvier. Bon. Vous vous rappelez sans doute que *Le Journal de Montréal* avait fait état des conditions inadéquates pour les mamans qui accouchent dans cet hôpital et la vétusté des lieux. J'ai pu constater de visu un certain nombre de choses: quatre femmes qui doivent se partager une seule salle de bains qui n'est même pas accessible pour une civière en cas d'urgence; si un nouveau-né a besoin d'être réanimé, il est impossible de le faire dans la chambre, alors que c'est la norme. Je ne vous cacherai pas que j'ai été assez étonné, M. le ministre, qu'on puisse pratiquer la médecine dans de telles conditions en 2008, d'autant plus qu'à l'unité il y a eu plus de 2 000 naissances en 2006-2007. Les médecins réclament avec raison la construction d'une nouvelle unité mère-enfant.

Suite à l'article qui a été publié dans *Le Journal de Montréal*, le lendemain, votre attachée de presse a été citée... a donné une entrevue dans le quotidien *La Presse*, le 19 janvier, et elle a déclaré ce qui suit, je la cite: «La direction de l'hôpital a priorisé l'urgence et d'autres services, mais pas l'obstétrique. Si l'obstétrique est maintenant une

priorité, il y a de l'argent disponible au-delà des 70 millions. On est prêts et on est ouverts.»

Or, j'ai copie, M. le ministre, d'une lettre acheminée par le directeur général de l'hôpital, M. Michel Larivière, au chef de Département d'obstétrique-gynécologie, qui semble contredire vos propos. Puis je veux citer cette lettre-là: «L'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal est en discussion avec le ministère depuis 2004 pour la rénovation des unités de soins qui incluent le centre intégré de traumatologie et l'unité mère-enfant. Le conseil d'administration a priorisé, en 2006, l'unité mère-enfant. Malgré cela, la volonté ministérielle se faisait attendre.»

Je pose donc la question: Entre la version de votre attachée de presse, qui se faisait votre porte-parole, et celle de la direction générale de l'hôpital, qui dit vrai?

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

**M. Couillard:** Bien, effectivement, M. le Président, les sommes non seulement sont disponibles, mais ont été confirmées. Et d'ailleurs j'ai demandé par écrit que la direction de l'hôpital — on pourra obtenir copie pour notre collègue — nous fasse état de ses priorités actuelles, qui ne sont pas tout à fait celles qu'on vient d'entendre parce que, pour eux, clairement, le centre de traumatologie, et l'urgence, d'ailleurs qui vient d'être inaugurée, et les autres unités de soins font également partie des priorités.

Alors, il y a un choix qui a été fait au Centre hospitalier Sacré-Coeur, c'est leur choix, là, d'inclure la nouvelle unité mère-enfant dans le cadre de leur nouveau projet d'unités de soins, et d'urgence, et de traumatologie, qui bien sûr va prendre plusieurs années à se déployer. Alors, dans l'intervalle, nous leur avons demandé avec insistance — et je pèse mes mots, là — de procéder immédiatement aux améliorations requises par cette unité de soins, et les sommes sont disponibles, ont été communiquées à l'établissement, et j'espère qu'ils sont déjà en train soit de commencer les travaux soit de les planifier pour qu'ils commencent le plus rapidement possible. On a été très clairs sur cette question-là.

Quant aux conditions matérielles de pratique pour le personnel de la santé, je rappelle que, ce matin, nous expliquions à quel point les budgets de maintien d'actif dans le réseau ont été augmentés. On les a multipliés par sept par rapport à ce qui existait avant 2003, passant de 40 millions à 295 millions de dollars annuellement. Alors, maintenant, le réseau dispose de moyens nécessaires à faire ce genre de travaux-là. Nous ne voulons pas que la clientèle ou les personnes qui obtiennent des soins aient à attendre le développement de nouvelles unités de soins neuves pour que cette unité soit rendue dans des standards acceptables, de sorte que nous avons demandé immédiatement à l'établissement de procéder, quel que soit l'avenir des autres projets, aux réparations requises et aux améliorations requises. Je pense que c'est le sous-ministre et le ministère qui ont communiqué directement avec le directeur général de l'établissement pour lui indiquer cela.

Personnellement, je trouve triste qu'on laisse se détériorer... encore une fois qu'on laisse se détériorer des unités de soins, alors que les budgets existent. Il ne s'agit que de prioriser et de faire les choses rapidement.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière courte intervention.

**M. Girard:** D'ailleurs, j'ai copie de la lettre que vous avez fait parvenir, le 30 janvier, à M. Gabriel Groulx, qui est le président du conseil d'administration, et, dans cette lettre-là, vous faites état, M. le ministre, de discussions entre les représentants de votre établissement, l'agence de santé et le ministère sur le projet visant l'amélioration fonctionnelle de l'unité de soins d'obstétrique. Et vous soulignez, un petit peu plus loin dans la lettre, quant à la question du centre intégré de traumatologie de l'Hôpital Sacré-Coeur... vous les invitez à soumettre rapidement à l'agence de Montréal un dossier qui permettra à celle-ci et au ministère de la Santé et Services sociaux «de confirmer ce besoin de vous autoriser à procéder à l'élaboration du programme fonctionnel et technique».

Est-ce que je dois comprendre, M. le ministre, à la lumière de cette lettre-là, qu'au fond, dans le cas que le ministère ne s'engage pas à la construction d'une nouvelle unité mère-enfant, mais tout ce que... Le seul engagement que vous êtes prêt à prendre pour le moment, c'est de donner un soutien pour des travaux pour l'amélioration fonctionnelle de l'unité des soins obstétriques.

Parce que c'est une chose d'apporter un certain nombre de modifications à court terme, mais les médecins ont fait un certain nombre de demandes. Certaines, depuis le mois de janvier, ont été réalisées, d'autres doivent être réalisées. Mais on sait très bien que le véritable besoin, c'est de construire une nouvelle unité mère-enfant. Or, à la lumière de la lettre que vous avez acheminée, ça m'apparaît pour le moins confus, tandis que votre engagement me semble très clair quant au centre intégré de traumatologie pour l'Hôpital Sacré-Coeur. Alors, je veux bien comprendre si c'est deux poids, deux mesures ou s'il y a un engagement ferme de la part du ministre de débloquer les sommes d'argent pour qu'on puisse construire la nouvelle unité mère-enfant, qui est tant voulue par la communauté, par les futures mamans et par les médecins.

**Le Président (M. Kelley):** Dernier commentaire, M. le ministre.

● (15 h 30) ●

**M. Couillard:** En fait, c'est que le développement de l'unité de traumatologie est un prérequis à la nouvelle unité mère-enfant. Dans le plan que l'Hôpital Sacré-Coeur lui-même a adopté, il faut d'abord faire l'unité de traumatologie, puis ensuite construire la nouvelle unité mère-enfant par-dessus. Alors, c'est pour ça qu'on ne veut pas attendre, nous — puis je suis certain que le député va être d'accord — que tout ça soit fait. On veut que, dès maintenant, il y ait des réparations qui soient faites.

Pour ce qui est du centre de traumatologie, que je trouve être une bonne formule — et ils vous ont probablement expliqué qu'ils veulent concentrer dans le même endroit toutes les expertises pour un des plus beaux centres de traumatologie non seulement au Québec, mais ailleurs également — on a également compris qu'ils allaient faire une levée de fonds avec les gens du milieu, notamment du milieu culturel, dans la région de Montréal, qu'ils s'engagent à apporter un rendement de 10 millions de dollars. Alors ça, c'est très prometteur, et ça donne encore plus de chances de succès rapide et de développement dans ce projet-là.

Hier, un dirigeant du ministère était sur place dans l'établissement, d'ailleurs, pour valider les projets de l'établissement et le rythme de développement. Mais

on insiste encore une fois pour que ce que vous décrivez et qui a été montré par les médias dans l'unité mère-enfant fasse l'objet de réparations urgentes et en fait immédiates pour corriger les défauts les plus apparents ou les plus importants pour nous permettre de traiter les personnes qui ont les soins dans des conditions correctes jusqu'à ce que la nouvelle unité ouvre. De toute façon, l'évolution d'un projet immobilier de ce type-là, ça s'étend toujours sur quelques années. On parle de trois, quatre ans minimum, là. Alors, pendant ce temps-là, il faut que les gens soient dans des conditions correctes, et c'est ce dont on a voulu s'assurer.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

### Régime général d'assurance médicaments

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. J'aimerais traiter de deux sujets passablement différents, mais peut-être commencer avec un retour sur le régime général d'assurance médicaments puis j'aurai des questions plus précises sur la radio-oncologie, dont, suite à la période de questions, il a été question de la réponse du gouvernement face aux problèmes de cancer.

Mais débutons avec le régime général d'assurance médicaments. M. le Président, le rapport Castonguay traite sur 21 pages toute la question des médicaments, l'utilisation optimale, contrôle des coûts, le régime général. Et j'imagine qu'on pourrait discuter longuement avec l'opposition officielle sur leurs orientations sur le régime général d'assurance médicaments. Si on pouvait avoir cette discussion, M. le Président, ce serait intéressant, parce que j'ai une copie d'un document qui s'appelle *Une vision. Un plan. Une parole. Un plan A pour le Québec*, qui était le programme électoral de l'ADQ en 2007. Curieusement, M. le Président, pas un mot sur l'assurance médicaments, dans le document, pas un seul mot. J'ai beau regarder la partie sur la santé, il y a certaines suggestions dont on retrouve écho dans le projet de loi de notre collègue, de notre collègue le député de La Peltrie, mais pas un mot sur les propositions de l'ADQ sur l'assurance médicaments.

Alors, je comprends bien que le député de L'Assomption pose des questions et est préoccupé par l'avenir du programme. C'est normal, c'est normal. Quand on est dans l'opposition, c'est sûr qu'on veut questionner. Mais, à un moment donné, M. le Président, il faut avoir des propositions également. Alors, on aimerait bien savoir quelle est la situation, quelles sont les propositions de l'ADQ avec le régime général d'assurance médicaments.

Hier, je pense que c'est hier qu'on a examiné les crédits du Bureau de la Capitale-Nationale, étant donné que le ministre de la Santé et des Services sociaux est également responsable de la Capitale-Nationale, et, à un moment donné, lors d'un échange similaire concernant le néant qui est l'ADQ dans d'autres dossiers, le député de Portneuf a répondu: Ah! vous verrez une fois qu'on a formé le gouvernement. Bon, c'est une drôle de façon de voir des choses, M. le Président. Avant de former un gouvernement, on ne vous dit pas qu'est-ce qu'on va faire, puis après vous allez savoir. C'est un peu curieux. Quant à moi, ce n'est pas une très bonne approche. Normalement, les citoyens aiment savoir avant qu'est-ce qu'un parti politique va faire.

Alors, M. le Président, j'ai beau examiner encore une fois la plateforme politique de l'ADQ: en 2007, pas un mot sur l'assurance médicaments.

Alors, M. le Président, on sait que le régime général d'assurance médicaments fait face à des défis importants, une croissance de coûts importante également, un régime, comme on l'a mentionné ce matin, qui au départ, M. le Président, fait en sorte que le régime public assure les gens généralement à plus haut risque que les régimes privés. Je pense aux prestataires d'aide sociale, les personnes âgées. Et les régimes privés essaient généralement... Et on a vu les mécanismes, M. le Président. Une fois rendu à 65 ans, hein, même les régimes privés essaient de diriger les prestataires des régimes privés vers le régime général d'assurance médicaments une fois qu'ils ont atteint 65 ans.

Alors, le régime est à la fois un régime d'assurance — mais je dirais de moins en moins, M. le Président — et un régime d'assistance. Parce que le rapport Castonguay indique très clairement que, même dans la catégorie des adhérents, alors ceux qui sont supposés d'assumer largement les coûts d'assurance, parce que le volet assistance est à l'origine beaucoup plus réservé aux prestataires d'assurance-emploi et aux personnes âgées de 65 ans et plus recevant le supplément de revenu garanti ou une portion du supplément, mais, même le régime pour les adhérents, le gouvernement est obligé d'injecter de l'argent, et on assume à peu près 25 % des coûts, même pour les adhérents.

Ce n'est pas ça qui était prévu évidemment à l'origine du programme, M. le Président. Je me souviens très bien, quand le gouvernement précédent l'avait mis en place, le régime était supposé, pour les adhérents, minimalement de s'autofinancer. Mais je me rappelle également, M. le Président, que les primes établies par le gouvernement précédent, du Parti québécois, avant l'élection de 1998, étaient très clairement insuffisantes pour couvrir les coûts du régime. Et d'ailleurs le gouvernement du Parti québécois a été obligé, après l'élection, de doubler les primes, si ma mémoire est bonne. Doubler, imaginez-vous, là. Pas une augmentation de 10, 15, 20... mais doubler, parce que tout le monde ici, autour de la table, même, M. le Président, pendant les consultations sur le régime, savait que les primes proposées par le gouvernement précédent étaient insuffisantes.

Alors, le rapport Castonguay fait des recommandations concernant le financement du régime. Ils vont assez loin en suggérant qu'il devrait y avoir une augmentation vraiment équivalant au coût, l'augmentation du coût du régime pour les gens qui paient les primes. Notre gouvernement est intervenu pour réduire le choc d'une telle augmentation. J'aimerais ça savoir un peu de la part du ministre sa vision de l'avenir pour le régime général d'assurance médicaments, où est-ce qu'on en est avec le financement du régime et comment est-ce qu'il voit ça pour les années qui viennent.

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

**M. Couillard:** Bien, il faut revenir un peu en arrière puis rappeler un peu d'histoire à ce sujet-là. Avant la création du régime général d'assurance médicaments, il n'y avait pas de couverture d'assurance médicaments pour les Québécois, sauf pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi essentiellement et bien sûr ceux ou celles qui disposaient d'un régime privé collectif

dans le cadre de leur emploi. Le régime général d'assurance médicaments alors a eu comme impact d'étendre ou de rendre obligatoire la couverture d'assurance médicaments pour tous les citoyens soit par un régime privé collectif, lorsqu'ils en bénéficient d'un chez leur employeur, soit au niveau de l'État.

Il faut savoir que, dans les discussions qui ont précédé la mise en place du régime, d'après ce qu'on me dit, même si je n'étais pas moi-même présent bien sûr à l'époque, il semble que les compagnies d'assurance privée aient montré relativement peu d'empressement à assurer une couverture aux personnes à faibles revenus, aux personnes âgées et aux prestataires d'assistance-emploi. Il faut savoir qu'un des principaux déterminants de l'état de santé d'une personne et de son niveau de consommation de soins, c'est le statut socioéconomique et l'âge. Alors, avec ça, vous pouvez prévoir une grande partie du profil de consommation de soins de santé d'un individu. On s'est donc retrouvé de facto, dans le régime public, avec une concentration de personnes à plus faibles revenus et présentant donc des risques de consommation élevée de médicaments, sur le plan de l'assurance, là, plus élevée. On a donc effectivement à la fois un régime d'assurance et un régime d'assistance.

Si on regarde maintenant les recommandations du rapport Castonguay ou les remarques du rapport Castonguay, que malheureusement, ce matin, on n'a pas pu passer en revue mais qu'on peut regarder, c'est à la page... dans le chapitre 9 — on pourra trouver les pages plus tard — d'abord le groupe de travail appuie la Politique du médicament: «Le groupe de travail appuie pleinement ces mesures et souhaite qu'elles soient appliquées avec vigueur et célérité.» Parce qu'il y a des années qu'on attendait une politique du médicament. Il faut savoir que, quand on a créé le régime, vers 1997, à l'époque, on annonçait une politique du médicament qui n'était toujours pas formulée en 2003. Il s'agit d'un problème excessivement complexe et, on l'a vu ce matin, dans lequel les arbitrages ne sont pas évidents entre l'industrie et l'accès aux médicaments, les prix, etc.

● (15 h 40) ●

Alors, ceci étant dit, maintenant, si on regarde les recommandations du rapport, on en retrouve quelques-unes dans le rapport, à la page 151: «Le groupe de travail propose au gouvernement de resserrer les règles relatives à l'application des mesures d'exception prévues au régime général d'assurance médicaments en tenant compte impérativement des avis du Conseil du médicament.» Alors ça, on est d'accord pour tenir compte des avis. D'ailleurs, c'est ce qu'on fait, on intervient de façon plus qu'exceptionnelle dans le cours des travaux du Conseil du médicament pour justement garder une distance entre la politique et les décisions qui doivent se prendre, notamment sur des questions sur des bases scientifiques.

Deuxièmement: «Le groupe de travail propose également que soit confiée à un seul organisme l'autorité sur l'ensemble des avis émis au sein du système de santé sur la valeur thérapeutique et le rapport coût-efficacité des médicaments.» Oui, c'est un peu la base de la création de l'institut national d'excellence en santé qui est reprise plus loin dans le rapport.

Maintenant, plus loin, on trouve une autre recommandation, et là-dessus il est difficile de les suivre parce que leur recommandation, si appliquée, aurait comme

conséquence d'augmenter fortement la contribution des adhérents au régime qui sont les travailleurs autonomes de 18 à 64 ans. Alors, je lis: «Le groupe de travail recommande de modifier les paramètres du régime public d'assurance médicaments de manière à ce que les adhérents assument l'intégralité du coût du régime pour leur groupe d'assurés.» Ce que ça veut dire en pratique, cette recommandation — sur laquelle d'ailleurs l'ADQ ne s'est pas prononcée — c'est que ça augmenterait de façon majeure et massive les primes et les contributions de cette catégorie de personnes qui sont, rappelons-le, des travailleurs autonomes de la classe moyenne, même à revenus plus bas, du jour au lendemain.

Alors, effectivement, il nous est arrivé d'intervenir pour amenuiser le choc tarifaire ou le choc sur la population des augmentations mécaniques prévues. Il faut rappeler que les décisions de la Régie de l'assurance maladie, par leur conseil d'administration, sont exécutoires, mais le gouvernement est averti des conséquences en termes fiscal sur la population, et il est arrivé que nous intervenions. Nous le ferions de façon exceptionnelle, théoriquement on devrait laisser le régime se financer de la façon automatique dont il est prévu qu'il le soit à la loi. On verra chaque année quelle est l'ampleur des augmentations prévues et s'il est justifié de répéter ce type d'intervention.

Ce qu'on constate pour les prochaines années, si on peut envisager un peu de projection, là, c'est que, comme nos collègues l'ont dit à plusieurs reprises, il y a actuellement un glissement de certains régimes privés vers le régime public où on repère littéralement des individus ou des classes d'individus qui sont des grands consommateurs de médicament, pas par leur faute, là — on a eu le cas récemment d'une personne atteinte de sclérose en plaques — qui sont littéralement poussés à l'extérieur du régime collectif et qui deviennent des prestataires du régime public. Il y a ce premier phénomène-là.

Deuxièmement, le changement de paysage du marché de l'emploi au cours des prochaines années amène probablement une croissance de la proportion de travailleurs autonomes ou à statut atypique, on peut dire ça de façon assez certaine, qui théoriquement, ces personnes, ne bénéficient pas de régime privé collectif et seraient alors des clients ou des assurés du régime public d'assurance médicaments.

Alors, je pense que le débat va revenir année après année, au cours des prochaines années. Il est certain que c'est un rythme de croissance de dépenses qui est important. Cependant, il ne faut jamais oublier les bénéfices que l'accès aux médicaments apportent à la population. D'ailleurs, dans un article récent, M. Claude Picher, dans *La Presse*, dans les pages économiques, indiquait qu'une des raisons de la relative — et là on ne se pète pas les bretelles, là, c'est relatif par rapport au reste du Canada — bonne performance du Québec dans plusieurs domaines, dans le domaine du système de santé, pouvait être attribuable en partie, disait-il — je ne crois pas que ce soit le seul facteur, mais en partie — par un accès plus facile, plus libéral — sans jeu de mots — aux médicaments au Québec que dans d'autres provinces.

Alors, il faut rappeler donc à notre population que l'accès à ces médicaments comporte des bénéfices d'abord pour les personnes et également pour le système de santé. Je donne toujours le même exemple: lorsque j'étais en formation pour la chirurgie, il se faisait de façon

hebdomadaire des interventions pour les ulcères d'estomac. C'était régulier, c'était une des opérations les plus fréquentes qu'on pratiquait. Et, du jour au lendemain, après l'introduction d'un nouveau médicament, qui était coûteux, il n'y a plus eu ces chirurgies-là parce que les patients, les malades étaient traités par des médicaments plutôt que par une hospitalisation et la chirurgie.

Alors, il y a plusieurs exemples. Il y a également devant nous... si on demande de continuer à faire de la prospective, le champ de découverte en pharmaceutique va être très stimulant et plein d'espoir pour les gens malades mais également plein de défis pour les payeurs, notamment les États et les contribuables, parce que ce qui est à nos portes, c'est ce qu'on appelle la pharmacogénomique, c'est-à-dire la possibilité de développer des médicaments taillés sur mesure pour le profil génétique d'une personne, taillés sur mesure pour un type de présentation d'une maladie plutôt qu'un autre. Ça, c'est un enjeu majeur.

L'autre enjeu, c'est tous les médicaments liés au traitement du cancer. Je rappelle, comme je le disais il y a quelques instants, que le Québec est parmi les trois meilleures provinces canadiennes en ce qui a trait à l'accès aux médicaments anticancéreux au Canada. Mais ces médicaments sont de plus en plus coûteux. Les deux derniers que nous avons introduits, qui portent les noms de commerce d'Herceptin pour le cancer du sein et d'Avastin pour le cancer colorectal, représentent, pour un seul médicament, des millions et des millions de dollars de dépenses dans les établissements de santé.

Alors, il faut avoir conscience de ces défis. Et, on peut bien faire toutes sortes de prédictions, on ne pourra pas freiner une hausse importante du coût de ces médicaments au cours des prochaines années. Il faut donc se rabattre sur l'usage optimal et un bon encadrement de l'inscription des médicaments à la liste. L'exemple de ça, c'est l'Avastin, le médicament pour le cancer colorectal. On a dit: Oui, d'accord, dans les médicaments, mais de façon encadrée et avec une règle d'utilisation déterminée par les médecins spécialistes en oncologie. Alors, ce n'est pas tous les malades qui ont cette maladie, le cancer colorectal, qui sont nécessairement des personnes qui doivent prendre ce médicament.

Alors, je dirais que c'est un domaine qui va être certainement l'objet de beaucoup de discussions politiques au cours des prochaines années et un défi qui ne sera jamais totalement résolu parce qu'il y a une pression qui va être continue à la hausse pour la consommation des médicaments et l'apparition de nouvelles molécules, spectaculaires parfois — parfois, pas toujours — mais très coûteuses également.

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

**M. Copeman:** Au lieu d'embarquer sur le deuxième sujet, M. le Président, je pense qu'on va... je vais poursuivre, pour les quelques minutes qu'il reste, sur le régime général d'assurance médicaments. On reviendra sur la radio-oncologie à un bloc ultérieur.

Je pense que ce qui est important peut-être à faire comprendre à nos concitoyens ou à aviser nos concitoyens: que déjà le gouvernement investit à peu près 2,2 milliards de dollars dans le régime général d'assurance médicaments. C'est le coût net au gouvernement de façon générale, toutes les catégories de personnes confondues.

Évidemment, la part du lion de cette somme-là est destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus, dont ceux qui reçoivent 94 % ou plus du supplément de revenu garanti, c'est-à-dire les plus pauvres parmi les personnes âgées ont une quasi-gratuité de médicaments, pour les prestataires d'assistance-emploi également, M. le Président, ceux avec et sans contraintes sévères à l'emploi, mais que même, comme je l'ai dit, même la catégorie d'adhérents...

Parce que je reçois, comme, j'imagine, d'autres collègues à l'Assemblée, des commentaires quand le gouvernement ou la RAMQ annonce des augmentations dans les primes, des gens qui m'appellent pour dire qu'ils ne sont pas bien contents, puis: Comment se fait-il? Mais déjà, dans un régime d'assurance, de voir que le gouvernement dépense ou a dépensé, l'année passée, 211 millions de dollars juste pour les adhérents, c'est-à-dire les gens pour lesquels le système est en principe supposé de s'autofinancer, est quelque chose. Alors, déjà, le gouvernement est là pour réduire le choc, si on peut l'appeler ainsi, le choc tarifaire, et il y a une limite à ce que le gouvernement peut faire.

Mais, comme le ministre a indiqué, ces investissements-là de 2,2 milliards ont engendré des économies ailleurs. Elles sont difficiles peut-être à chiffrer, mais le développement des nouvelles molécules, l'utilisation de médicaments ont, nous sommes tous convaincus, baissé des dépenses dans d'autres catégories de dépenses dans notre système de santé. Est-ce qu'il y a des études là-dessus? Je comprends, M. le Président, toujours difficile de quantifier exactement à quel point l'utilisation des médicaments a généré des économies ailleurs. Mais je ne sais pas s'il y a des études qui existent au Québec ou ailleurs sur précisément cette question-là.

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

● (15 h 50) ●

**M. Couillard:** Ces études sont très rares. D'ailleurs, une des recommandations du groupe de travail Castonguay, c'est de nous doter de meilleurs outils en pharmacoeconomie pour faire ce type... On a, au Québec, l'avantage d'avoir un système de santé à payeur unique: c'est qu'on a un bassin d'informations pour obtenir des données beaucoup plus élevé qu'un système à payeurs multiples. Alors, on est en mesure de faire des suivis de façon plus efficace de l'impact sur un autre secteur de la santé du médicament.

Maintenant, je voudrais quand même indiquer qu'il ne faut pas non plus faire preuve d'angélisme par rapport aux découvertes pharmacologiques. Ce n'est pas toutes les découvertes pharmacologiques qui sont nécessairement porteuses d'un gain substantiel en termes de résultat thérapeutique. Il faut faire la distinction. Ce n'est pas parce qu'un médicament est nouveau que nécessairement il est meilleur sur le plan de son efficacité que les médicaments souvent moins coûteux et employés depuis plus longtemps.

Maintenant, lorsqu'on regarde effectivement le degré de pourcentage de financement de l'État par rapport aux usagers pour les assurer dans le régime général d'assurance médicaments, il y a quelque chose d'intéressant. Si on regarde la part de financement par les assurés, les personnes elles-mêmes, ce qu'elles paient en pourcentage du coût pour leur catégorie de personnes, pour les personnes de 65 ans ou plus, c'est 37 % qui est payé — donc, en gros, le tiers — par les personnes elles-mêmes, tandis que, pour les adhérents — c'est un terme technique qui veut dire: les travailleurs autonomes qui n'ont pas de régime

collectif — c'est 84 %. Donc, on voit qu'il y a une différence importante.

L'autre chose, c'est qu'il faut prendre conscience des coûts réels déboursés par les personnes au comptoir. Souvent, on a des témoignages compréhensibles, là, parce que les factures qui apparaissent montrent des montants élevés, mais on a parfois l'impression que les personnes assurées dans le régime général d'assurance médicaments doivent déboursier littéralement des centaines de dollars par mois pour leurs médicaments. Or, il n'en est rien. Si on regarde les montants de contribution mensuelle maximale, et, je rappelle, pour des produits qui sont de plus en plus coûteux: les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent la prestation maximale du supplément bien sûr ne paient pas, de même que celles maintenant qui ont entre 94 % et 100 % de la prestation; les personnes qui reçoivent moins de 94 % mais encore du supplément de revenu garanti paient au maximum 48,27 \$ par mois; et les autres personnes, soit ne recevant pas de prestation du supplément de revenu garanti ou les adhérents, paient au maximum 75,33 \$ par mois.

Évidemment, pour quelqu'un qui ne prend pas de médicament, ça apparaît comme une dépense nette, mais, pour quelqu'un qui consomme des médicaments en un nombre même modéré, il s'agit d'une fraction du coût réel de ces produits-là. Il faut ajouter à ça la prime, dont plusieurs catégories de personnes sont épargnées mais qui varie selon le revenu. Ainsi, la prime moyenne pour les adhérents adultes, au cours de l'année 2006-2007, était de 296 \$. Ce que là on annonce... lorsque que la Régie d'assurance maladie, chaque année, annonce la prime pour l'année suivante, c'est la prime maximale. Or, cette prime dépend du revenu. Elle est payée sur la déclaration d'impôt. Donc, toutes les personnes — et loin de là — ne paient pas la prime maximum.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Je suis prêt à céder la parole maintenant au député de La Peltre.

### **Pénurie de nouveaux diplômés dans les postes de médecin résident**

**M. Caire:** Oui, merci, M. le Président. Dans le débat qu'on a eu depuis quelque temps, avec le ministre de la Santé, sur la mixité, le ministre est revenu à plusieurs reprises sur les effectifs médicaux comme étant le plus grave problème que nous avons. D'ailleurs, j'attends toujours le verbatim où j'ai dit qu'il n'y avait pas de pénurie de médecins au Québec. J'imagine que le ministre devrait être capable de trouver ça, en faisant des fouilles archéologiques, peut-être.

Ceci étant dit, aujourd'hui, M. le Président, on devrait avoir la confirmation qu'il y a un nombre important, comme j'ai dit à la période de questions, tout à l'heure, 81 résidents au premier tour... 80 postes de résidence, pardon, au premier tour qui ne trouvaient pas preneur. C'est 25 % d'augmentation par rapport à l'année dernière. Le chiffre officiel devrait être connu d'ici la fin de la journée, mais il y a fort à parier qu'il ne variera pas beaucoup, M. le Président.

Dans la stratégie du ministre, en fait c'est de nous dire: Bon, bien, patientez, le système — le système d'éducation — va produire le nombre de médecins dont

on aura besoin. Mais ce qu'on constate malheureusement, c'est qu'il y a de moins en moins d'attrait pour nos jeunes diplômés à faire une résidence au Québec. Il y a fort à parier que le résident qui ne fait pas sa résidence au Québec ne reviendra pas pratiquer au Québec. Et, conjugué à ça, des informations à l'effet qu'au niveau des omnipraticiens ce qu'on prévoit, c'est une décroissance du nombre d'omnipraticiens.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux nous a dit: À partir de 2012, 2 000 nouveaux médecins, c'est une simple question de mathématique. Alors, est-ce que le ministre est capable de nous donner les données statistiques qui lui permettent d'arriver au nombre de 2 000 nouveaux médecins en 2012? Parce que l'information qui nous est disponible ne tend pas à confirmer ce chiffre-là, au contraire.

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

**M. Couillard:** En fait, M. le Président, on avait parlé de 1 500 médecins au net, de plus, en 2012, lors de la campagne électorale, 2 000 infirmières. Je peux avoir interverti par erreur une fois ou deux, là, mais c'étaient 1 500 médecins, 2 000 infirmières au net. Et ce n'est pas difficile à calculer. Prenez 772 admissions par année, multipliez par cinq ans; vous arrivez à combien? Vous arrivez à beaucoup plus que 1 500, parce qu'on a pris en compte, selon les projections, les retraites, les maladies, les départs, etc., selon les rythmes annuels connus. Alors, c'est très... en fait, c'est très conservateur comme prédiction.

Le problème, ce n'est pas juste le nombre de médecins. D'ailleurs, en passant, ce matin, j'ai bien entendu le député dire qu'il n'y avait pas de pénurie de médecins, c'était une question d'organisation. D'ailleurs, son chef le disait même en 2001: «Quelle pénurie de médecins? Aux yeux [du chef de l'opposition officielle], il n'existe rien de tel.» Alors, ce n'est pas d'hier que cette notion-là est acheminée par l'ADQ.

Il y a donc une certitude assez forte sur le plan mathématique qu'on arrive à cet objectif-là, mais le nombre n'est pas le seul problème, c'est le style de pratique puis qu'est-ce que ces médecins-là vont offrir comme services à la population. Alors, de là l'importance de développer les incitatifs dont je parlais ce matin et de là également l'importance de réaliser qu'il y a une barrière qui résulte également du choix de vie et du choix de pratique que les médecins font.

Maintenant, pour ce qui est des postes de résidence, le deuxième tour a lieu cette semaine, on aura le chiffre définitif et on va l'étudier très attentivement. Parce que ce que, l'an dernier, l'expérience nous a montré, c'est qu'on aurait pu combler tous ces postes-là avec des diplômés étrangers jugés aptes par le Collège des médecins à poursuivre leur formation mais non admis par les facultés de médecine — et c'est leur prérogative, parce que rappelons qu'ils sont autonomes dans leurs décisions d'admission — mais également on constate que la perte nette démographique de médecins varie de façon spectaculaire selon les facultés de médecine. En fait, trois facultés de médecine sur quatre ont une très faible perte démographique.

D'ailleurs, après le premier tour, il y a une des universités qui n'a aucune perte démographique et les autres ont des chiffres très petits, tandis qu'il y a une autre qui est surreprésentée dans ce département-là, le député de Marie-Victorin en a parlé ce matin. Alors, il faut éviter

non plus d'être trop linéaire puis trop critique envers une faculté de médecine et une université prestigieuse qui honore le Québec et qui fait en sorte... qui participe à la croissance économique du Québec et à sa croissance également des compétences et du savoir, mais il y aura lieu de nous adresser directement à cette université sur cette question-là et leur offrir la possibilité, par exemple, de compenser les postes qui ne seraient pas remplis chez eux avec les étudiants diplômés à l'étranger qui sont restés sur le carreau. Il y en a assez pour remplir les postes.

Alors, si les universités veulent de notre part des soutiens financiers accrus, parce qu'on convient avec eux, ayant moi-même été professeur dans une faculté de médecine, on convient avec eux que l'encadrement de ces candidats peut parfois être plus exigeant que l'encadrement des étudiants qui ont fait leur cours de médecine chez nous, on est disposés à bonifier l'encadrement, le soutien à l'encadrement qu'ils reçoivent. On est disposés également — et d'ailleurs il y a un groupe de travail actuellement là-dessus avec le Collège des médecins — à faire précéder la demande d'admission d'un stage d'immersion, d'un stage de familiarisation. On va voir si la recommandation nous en sera faite.

Mais il nous semble difficilement... puis je l'avais dit l'an dernier et je le répète, c'est difficilement compréhensible pour le citoyen de voir qu'il y a des postes qui sont disponibles, qu'il y a des médecins reconnus par le Collège des médecins qui se présentent et qui ne sont pas admis dans ces postes-là. Alors, lorsque questionnées, les facultés de médecine disent: Ces gens ne sont pas admissibles dans nos programmes selon nos critères. Alors, nous voulons revenir sur la question avec eux, parce que rappelons, et je le cite à titre d'information sans présumer de la décision, là, mais rappelons que le regroupement des médecins diplômés à l'étranger a déposé une plainte à l'endroit de la Commission des droits de la personne. Alors, on verra quelle sera la conclusion de cet organisme-là.

Alors, on verra donc les résultats définitifs. Mais j'engage notre collègue, et je le ferai avec lui avec plaisir dans un débat subséquent, à regarder ces résultats et à les regarder finement, les disséquer, voir quelles sont les catégories, les universités où le phénomène se produit et essayer de trouver les explications auxquelles on peut apporter une amélioration.

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

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Loin de moi l'idée d'ostraciser une université. Ceci étant dit, M. le Président, je pense que ce serait une grave erreur que de banaliser la situation parce que plus préoccupante dans une université plutôt qu'une autre. Le fait est que le Québec, hein...

Et je pense que le ministre fait partie de ceux qui crient à tous qu'il ne faut pas faire des catégories de citoyens. Il n'y a pas de catégorie de citoyens, il n'y a pas de catégorie d'universités. Ce que le contribuable québécois comprend, c'est qu'aujourd'hui, dans les étudiants, dans les diplômés de médecine au Québec, bien il y a, au premier tour, 81 postes de résidence non comblés.

Alors, dans ce sens-là, la réponse du ministre... puis je comprends puis je suis tout à fait d'accord qu'il faut disséquer le pourquoi et le comment, mais la réponse du ministre, qui dit: Bien, écoutez, c'est le fait particulièrement

d'une université, il est lui-même en train de créer des catégories de Québécois là où il dit au Parti québécois de ne pas le faire. Alors ça, je pense que... Je l'invite à beaucoup de prudence puis à éviter ce piège-là.

**M. Couillard:** Il ne faut quand même pas exagérer, là.

**M. Caire:** M. le Président, je n'avais pas terminé. M. le Président, je n'avais pas terminé, je n'avais pas terminé.

**M. Couillard:** C'est normal de poser ces questions-là.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, vous avez l'occasion après. La parole est au député de La Peltrie.

● (16 heures) ●

**M. Caire:** Merci, M. le Président. J'ai entendu le ministre, tout à l'heure, dire qu'il n'était pas question de sortir le Québec du CARMS, qu'il n'était pas question de forcer les résidents à... c'est-à-dire de forcer les diplômés à faire leur résidence au Québec. Et je suis d'accord avec ça, je pense qu'on est mieux d'être attractifs que coercitifs.

Mais, ceci étant dit, ce que je n'ai pas entendu de la part du ministre, c'est qu'est-ce qu'il entendait proposer. Parce que ce qu'on constate, là, c'est que c'est un phénomène qui est à la hausse. Alors, je comprends qu'il fait: le nombre d'admissions multiplié par le nombre d'années est égal au nombre de médecins, mais la réalité, ce n'est pas ça, là. La réalité, c'est: le nombre d'admissions moins les retraités, moins ceux qui ne vont pas pratiquer au Québec, moins ceux qui ne font pas leur résidence au Québec. Et je ne l'ai pas entendu non plus sur ce que j'ai dit précédemment, que, dans les perspectives qu'on avait, c'est une décroissance du nombre d'omnipraticiens et que le nombre de médecins qui vont pratiquer au Québec ne comblera pas l'écart par rapport aux médecins qui partent à la retraite ou qui cessent leur pratique pour différentes raisons. Donc, sur ça non plus je n'ai pas entendu le ministre.

Mais allons-y une question à la fois. Quels moyens il entend prendre pour faire en sorte que les diplômés du Québec combrent les postes de résidence? Et la question des médecins étrangers à mon avis est une question qui est autre et où effectivement il y a beaucoup de travail à faire là-dessus, là, mais qui est une question qui est autre. Et je ne crois pas que l'investissement qu'on a fait dans les étudiants de médecine soit compensé par l'intégration des médecins étrangers. Je pense que ce sont deux choses qu'on doit travailler en parallèle et qui doivent s'additionner, l'intégration des médecins étrangers et le fait de garder nos résidents. Eu égard à l'investissement important que ça sous-entend pour le contribuable québécois, la formation de médecins, je pense qu'on ne doit pas se dire, on ne doit pas avoir pour philosophie: Bon, bien, ce n'est pas grave, au pire aller on compensera avec des diplômés hors Canada, États-Unis. Donc, sur cette question-là, j'aimerais entendre la solution du ministre.

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

**M. Couillard:** D'abord, c'est normal d'informer la population des détails d'une situation. On ne peut pas dire, lancer un chiffre sans donner à la population les explications qui sont en dessous de ce chiffre puis qu'elle

constate véritablement quel est le problème. Moi, je n'y peux rien si le phénomène est concentré dans une faculté par rapport à une autre. Ce n'est pas une question de les marginaliser ou quoi que ce soit, c'est de refléter la réalité. Il faut plutôt essayer de comprendre pourquoi cette situation-là est présente.

Et le chiffre qui est important à regarder, ce n'est pas tellement le nombre de places parce qu'il y a toujours eu des places non remplies. Moi, quand j'étais dans les facultés de médecine, chaque année, il y avait des places non remplies, pour plusieurs raisons: des gens qui abandonnent, qui prennent une année sabbatique, qui reviennent. Il y a toujours eu des places non remplies. Le chiffre important à surveiller, c'est le déficit démographique net: Au net, combien de résidents sont venus au Québec faire une résidence? Combien sont partis? Actuellement, par exemple, le déficit démographique est bien inférieur aux chiffres de 1981, après le premier tour que le député mentionne, parce qu'il faut faire la distinction entre les deux, et c'est le deuxième chiffre qui est le plus significatif.

Maintenant, quand on regarde encore une fois... Notamment, ça a été fait l'an dernier avec le Collège des médecins et les facultés de médecine, il y a eu une enquête qui a été faite pour expliquer... essayer d'expliquer le fait que les résidents choisissent d'aller s'entraîner ailleurs. En passant, on ne reprochera pas à nos jeunes gens, au Québec, de chercher de nouveaux horizons. Là, ce n'est pas en soi quelque chose de mauvais. On espère qu'ils reviennent cependant ou qu'elles reviennent s'ils le font. Les conditions de rémunération des médecins québécois étant considérablement améliorées pour les prochaines années, ça devrait certainement améliorer.

Mais, si on regarde encore une fois l'enquête qui a été faite, qu'est-ce que ça révèle? Bon, il y a des éléments d'insatisfaction liés aux programmes de formation. Il y a des éléments d'insatisfaction liés à l'encadrement de la pratique médicale au Québec. Et c'est la discussion que j'avais, ce matin, avec le collègue de Marie-Victorin. Spécifiquement, les résidents disent: Nous, on ne veut pas de PREM puis on ne veut pas d'activités médicales particulières. Ça, pour la population, ce sont les activités, pour les médecins qui commencent leur pratique, qu'ils doivent faire, exemple travailler dans une salle d'urgence ou donner des soins à des personnes vulnérables.

Alors, c'est très difficile de faire une politique uniquement bâtie sur un phénomène concentré dans une seule faculté. Si le phénomène était diffus, généralisé dans toutes les facultés de médecine, certainement ce serait différent. Mais il faut regarder les causes spécifiques de ça. Et j'engageais les collègues à prendre soin... et c'est là que la question de la marginalisation ou de l'accusation prend tout son sens: il faut regarder le bénéfice global de la présence de cette université prestigieuse chez nous et de sa faculté de médecine, qui dépasse de loin les inconvénients, même celui-là.

Alors, il ne faut pas non plus minimiser la question des diplômés hors Canada, États-Unis; ça fait partie de la solution. Nous, ce qu'on va rappeler aux universités, c'est qu'ils ont là un bassin de candidats qui peuvent occuper ces postes-là. Bon, on nous répond en invoquant l'autonomie universitaire d'admission, un thème que notre collègue député d'Orford connaît bien, ayant été lui-même recteur d'université. On verra ce que vaut l'autonomie d'admission devant la Commission des droits

de la personne. C'est une question qui aura une réponse lorsque cet organisme terminera son examen. Moi, je crois que cette situation mérite une attention très soutenue de la part des universités et que, nous, on est prêts d'apporter les soutiens et les aides nécessaires pour les aider justement à faire ce... à poser ce geste-là.

Donc, il y a également, il faut le savoir, des ententes qui ont été conclues avec les médecins résidents, qui ont bonifié leurs conditions de pratique, leur rémunération. Le Collège des médecins vient de permettre aux résidents en fin de formation de décrocher un permis d'exercice temporaire qui leur permet de pratiquer en dehors de leur centre de formation pour donner un coup de main. Il y a là une occasion de bonifier leurs revenus considérablement. Moi, quand j'étais résident, je n'avais pas le temps puis j'étais de garde tout le temps dans l'hôpital — on n'avait pas un syndicat bien fort dans ce temps-là — alors, moi, je n'en faisais pas, de ça. On appelait ça le «moonlighting»: être au clair de lune, là, aller travailler au clair de lune. Alors, il y a beaucoup de mes collègues qui le faisaient, puis qui développaient ma foi des revenus assez impressionnants avec ça, et qui ont fait leur programme de formation dans des conditions bien différentes de celles de leurs autres collègues qui n'en faisaient pas. Alors, je pense qu'il y a un ensemble de choses qui sont mises en place actuellement.

On veut également bonifier l'environnement de pratique des médecins au Québec, on le fait avec les fédérations. Mais encore une fois il ne faut pas nier la liberté individuelle, les gens ont le droit de décider eux-mêmes. Et c'est pour ça que, moi, j'ai toujours été, même quand j'étais dans les facultés de médecine, favorable à ce que la faculté de médecine où j'étais se joigne à ce programme CARMS, ce programme d'échange canadien, parce qu'on gagne à être en compétition avec les autres.

Maintenant, il y a effectivement un autre phénomène, et je ne sais pas si notre collègue est au courant de ce phénomène-là, c'est que les autres facultés de médecine hors Québec ouvrent des postes de résidence en nombre plus élevé que leur nombre de gradués justement pour aller chercher des résidents d'autres provinces canadiennes. Et là il y a le problème de la langue. On est la seule province où l'enseignement médical... mais avec l'Université de Moncton maintenant puis à Sherbrooke, où l'enseignement médical se fait en français, pré et postgradué. Alors, il y a là, par rapport au bassin de candidats de résidence canadien, un élément également qui nous place dans une situation particulière et qui était d'ailleurs invoqué auparavant pour expliquer la non-adhésion au programme d'admission pancanadien qui s'appelle le CARMS. Je crois que, plutôt que d'être repliés sur nous-mêmes et de fermer la porte à ce processus-là, il faut continuer de travailler avec les facultés de médecine, les étudiants en médecine, les médecins en pratique pour déterminer les conditions qui permettront d'augmenter la rétention.

Je rappelle, en terminant, qu'il faut regarder beaucoup le chiffre de déficit démographique, plus que le chiffre de postes occupés ou non occupés, qui a toujours été un phénomène, depuis des années et des années, à chaque année, dans les facultés de médecine.

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

### **Pénurie de pharmaciens d'établissement (suite)**

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Je voulais revenir sur une autre pénurie donc qui a été abordée ce matin brièvement, la pénurie des pharmaciens. Le ministre, en réponse aux questions de mon collègue de L'Assomption sur la question de la reconnaissance des compétences des pharmaciens qui sont en établissement, a eu une réponse qui m'a un peu surpris, à savoir que, oui, la compétence pouvait faire l'objet d'une négociation.

M. le Président, je ne vois pas sur quel principe on peut affirmer quelque chose comme ça. Alors, ou ils ont une compétence supplémentaire ou ils ne l'ont pas, mais c'est quelque chose qui est factuel, ce n'est pas quelque chose qu'on négocie en disant: Donne-moi un petit quelque chose, je vais dire que tu es compétent, là. Je veux dire, M. le Président, c'est négocier la compétence. Alors, il y a quelque chose qui me mystifie dans cette approche-là du ministre.

Est-ce qu'il est en train de dire aux Québécois que de reconnaître la compétence des pharmaciens d'établissement va faire l'objet d'une tractation en coulisse, et que ce sera sous une contrepartie qu'on ne connaît pas, et qu'éventuellement le résultat de cette reconnaissance-là pourra être de dire que, oui, nos pharmaciens sont plus compétents en établissement ou ont une compétence supérieure en établissement qu'en officine, sur la base d'un gain que le gouvernement aura fait dans une autre de ses revendications?

Personnellement, je vois mal comment l'ordre professionnel pourrait accepter quelque chose de semblable parce que la reconnaissance de la compétence a pour objectif de protéger le public québécois, de protéger les citoyens du Québec et non pas de faire l'objet d'une négociation puis d'un gain du ministre dans ses tractations avec les pharmaciens d'établissement. J'ai de la difficulté à comprendre cette logique-là, M. le Président. Puis je veux laisser l'occasion au ministre, dont ce n'est certainement pas l'objectif, de corriger cette réponse-là.

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

● (16 h 10) ●

**M. Couillard:** Je salue la générosité de mon collègue, M. le Président. C'est parce que, là, on mélange un peu plusieurs concepts, là. Reconnaître la compétence, ce n'est pas la job du gouvernement, c'est la job des ordres professionnels. Une fois qu'on a reconnu la compétence au niveau de l'ordre professionnel, on détermine les niveaux de formation requis. Ce qui est prévu, c'est que, pour pratiquer la pharmacie en établissement, ça prend une maîtrise, donc un programme de formation plus prolongé, pour lequel on donne des bourses qui augmentent, là, et visent à attirer les étudiants vers ce type de pratique là, qui est fortement bien sûr mis sous pression par les offres du secteur privé et dans les pharmacies officines, où on a des offres de salaire qui sont très, très élevées. J'avais des exemples récemment qui montrent que le différentiel est, et on ne peut pas le nier, assez important.

Mais reconnaître la compétence, c'est une chose; reconnaître un statut dans une organisation, c'est une autre chose. Il ne faut pas être naïf, les reconnaissances de statut dans une organisation sont liées à des demandes

financières. Je ne dis pas qu'on ne donnera pas suite à certaines demandes financières, mais on ne fera pas preuve ici non plus de naïveté en pensant que les deux éléments peuvent être totalement dissociés. Tout le monde le sait, les pharmaciens eux-mêmes le savent, puis, nous, on le sait.

Maintenant, on veut avoir plus de pharmaciens dans les hôpitaux. Alors, on est d'accord ensemble sur cet objectif-là. Donc, est-ce qu'il faut y aller par la bonification des incitatifs en cours de formation? Ils ne semblent pas donner un résultat qui augmente au fil des années. Peut-être, plutôt, encore une fois, au niveau de la pratique en hôpital, l'environnement de pratique, puis peut-être également les conditions de rémunération. On est prêts à avoir des conversations avec les pharmaciens sur cette question-là. Puis je dirais que ma consœur Mme Jérôme-Forget également est très sensible à cet élément-là. Alors, il y a actuellement...

Je vois une lettre du 26 mars — que je pourrais déposer si le collègue la veut — M. Dutrisac, qui est le président de l'Office des professions. L'ordre des professions a demandé la création d'une spécialité en pharmacothérapie avancée. Parce que non seulement il y a le statut de pharmacien d'hôpital, mais, au sein des pharmaciens d'hôpitaux eux-mêmes et elles-mêmes, il y a des niveaux de spécialisation encore plus poussés. Par exemple, on peut être spécialisé en oncologie ou dans d'autres types de médication et de pharmacologie.

Alors, on a mis sur pied un groupe, là, pour le secteur de la pharmacie, qui regroupe les représentants des associations d'établissement, l'Association des pharmaciens des établissements de santé, l'association québécoise des propriétaires de pharmacie, les agences de santé et de services sociaux, l'Ordre des pharmaciens et les universités. Alors, ce groupe-là a précisé le mandat de dégager les mesures pour faire face à la pénurie et de faire les recommandations nécessaires. On a signifié d'ailleurs à l'ordre professionnel que la création d'une spécialité en pharmacothérapie avancée devait être analysée à la lumière des résultats obtenus dans la définition du rôle et des responsabilités des assistants techniques en pharmacie, des diplômés de baccalauréat et de maîtrise dans un département, par rapport au niveau de responsabilités en officine dans les milieux privés. Donc, on doit laisser ces travaux se poursuivre pour arriver à une conclusion dans le domaine.

Mais je suis certain qu'on ne veut pas non plus donner l'impression qu'on doit donner l'aval à toutes les demandes qui nous sont formulées par des groupes issus du système de santé, là. On a plusieurs exemples récents où rapidement on semble, du côté de l'opposition officielle, dire: Bien oui, bien oui, il faut payer ça. D'un autre côté, on nous demande de réduire les dépenses en santé puis on dit que ce n'est plus nécessaire d'investir en santé — de la bouche même du chef de l'opposition officielle.

Alors, oui, on veut attirer et retenir plus de pharmaciens dans nos établissements de santé, c'est très important et c'est un objectif important pour le gouvernement. Il y a plusieurs outils pour y arriver, dont celui de la bonification des conditions de pratique. Mais, M. le Président, soyons clairvoyants, là — j'hésite à employer le mot «lucide» parce qu'il a été utilisé à toutes les sauces au cours des derniers mois, mais soyons clairvoyants, disons — et reconnaissons que la reconnaissance d'un statut professionnel spécifique implique immédiatement

ou dans les semaines qui suivent des demandes financières. Alors, c'est uniquement la nature des choses que de le dire, ce n'est pas de faire de la peine à qui que ce soit. On est prêts à regarder toutes ces questions-là mais en étant conscients des implications, de part et d'autre, que ça comporte.

### Document déposé

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Croyez-le ou non, M. le député, j'accepte le dépôt de la lettre que le ministre a invoquée dans sa réponse. Alors, on va distribuer copie de la lettre. Et je suis maintenant prêt à céder la parole au député de Marie-Victorin. La parole...

### Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Juste pour continuer assez rapidement sur le dossier des infirmières, M. le Président, ma question est la suivante, M. le ministre: L'an dernier, vous disiez que vous entrevoyiez deux secteurs dans lesquels il pourrait y avoir le développement d'infirmières praticiennes spécialisées, l'oncologie et la santé mentale, est-ce que ça tient toujours et quel échéancier vous êtes-vous donné?

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

**M. Couillard:** Alors, avec...

**Le Président (M. Kelley):** Consentement?

**M. Couillard:** ...consentement — et non pas compromis, mais consentement — Mme Verreault, ici, va donner l'explication. Effectivement, il y a des travaux en cours, alors elle pourra peut-être en donner la teneur.

**Le Président (M. Kelley):** Et, juste pour les fins de l'enregistrement, si vous pouvez vous bien identifier. Mme Verreault, c'est bien ça?

**Mme Verreault (Lise):** Lise Verreault, ministère de la Santé.

**Le Président (M. Kelley):** Merci.

**Mme Verreault (Lise):** Alors, nous sommes en train d'effectuer les travaux pour être capables de partir le nouveau programme d'IPS en santé mentale. On vient de terminer, au cours de la dernière année, celui de la première ligne, IPS en première ligne, et nous poursuivons, avec les ordres professionnels et le Collège des médecins également, pour la mise en place du nouveau programme IPS santé mentale, qui va également s'inscrire dans le projet de loi n° 50. Oncologie? Pour l'instant, on est sur celui de santé mentale, on n'a pas débuté celui de l'oncologie.

**M. Drainville:** Et première ligne est en voie d'être terminé.

**Mme Verreault (Lise):** Première ligne est en voie. On a déjà 30 infirmières d'inscrites, on devrait avoir des premières graduées l'an prochain.

### Diminution des inscriptions au programme de techniques infirmières au collégial

**M. Drainville:** Excellent. Merci, Mme la sous-ministre. Par ailleurs, M. le ministre, est-ce que vous pourriez nous expliquer pourquoi le nombre d'étudiants au D.E.C. en soins infirmiers a diminué depuis que vous êtes ministre? C'est passé de 9 750 étudiants, à l'automne 2003, à 8 640 étudiants, à l'automne 2006.

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

**M. Drainville:** Je parle du programme de techniques infirmières au collégial.

**M. Couillard:** M. le Président, il y a là un effet de la démographie, et je nie toute responsabilité dans le déclin de la démographie du Québec.

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

**M. Drainville:** Le ministre...

**M. Couillard:** C'est parce que je ne veux pas... C'est que les cohortes ont diminué, les cohortes de population qui arrivent à l'âge d'étudier à ces niveaux-là ont diminué. Puis il y a également l'apparition du D.E.C.-bac qui a fait en sorte que les gens, au lieu de s'inscrire dans un D.E.C., s'inscrivent dans un D.E.C.-bac, ce qui est une augmentation, en passant — une information utile pour notre collège.

Il y a d'abord, un, la cohorte de population qui diminue à cet âge-là, qui, grâce aux politiques familiales de notre gouvernement cependant, dans le gouvernement qui sera là à l'époque où ces nouveau-nés des deux dernières années seront au cégep, connaîtra une explosion phénoménale, je pense que c'est bon de le rappeler. Mais il y a également le fait qu'il y a d'autres programmes de sciences infirmières qui s'ouvrent, notamment le programme D.E.C.-bac, où il y a une augmentation de 16 %. Le D.E.C.-bac, c'est le fait de faire en continu le diplôme d'études collégiales et un baccalauréat. Il y a également le fait que les personnes ou les jeunes également, compte tenu du nombre d'admissions en médecine... il y a des personnes qui veulent faire des carrières en santé qui préfèrent également se diriger en médecine plutôt qu'en sciences infirmières. Alors, il y a tous ces phénomènes-là, plus la question de l'organisation du travail, sur laquelle on travaille.

Mais il n'y a pas de responsabilité, malheureusement pour le député, du ministre en poste sur l'ensemble de ces facteurs-là. Peut-être pourrais-je à la rigueur me retirer quelques bénéfices de l'augmentation de clientèle dans le programme D.E.C.-bac, mais je n'oserais pas parce que ça avait déjà commencé quelque temps auparavant. Vous voyez que je suis très modeste, M. le Président, dans les louanges que j'espère m'attirer.

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** C'est ça. Alors, effectivement, il y a une diminution. Si on regarde les chiffres, puis on pourra les communiquer à notre collègue s'il les désire...

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Ils sont dans les cahiers des crédits? Ils sont dans les cahiers des crédits, on pourra lui indiquer la page. Si on regarde l'inscription au D.E.C., diplôme d'études collégiales, il y a une diminution de 0,72 % par rapport à 2000-2001 jusqu'à 2006-2007; si on regarde l'inscription au baccalauréat, commençant au baccalauréat complet, moins 4,17 %; mais, si on regarde le bac perfectionnement et le D.E.C.-bac, c'est une augmentation de 16,80 %. Alors, voilà.

**M. Drainville:** Alors, ce serait utile...

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

**M. Drainville:** ... — merci — si c'était possible de déposer le document, effectivement.

**M. Couillard:** ...cahiers des crédits.

**M. Drainville:** Oui. Pouvez-vous nous indiquer lequel et quelle page?

**M. Couillard:** Regardez, on trouvera la page; si on ne l'a pas, on vous donnera le document.

**M. Drainville:** Oui. O.K., très bien. C'est parce que je veux bien, M. le Président, que le ministre — comment dire? — se décharge de toute responsabilité quand le taux de natalité diminue et que les effectifs étudiants diminuent de façon correspondante, mais il ne faudrait pas qu'il — comment dire? — revendique le crédit lorsqu'il y a des taux d'admission plus élevés d'une année à l'autre. Je le rappellerais à la cohérence, s'il vous plaît, M. le Président. Parce que, quand ça monte, c'est de sa faute, puis, quand ça descend, c'est de la faute du taux de natalité qui descend. Bon. Alors, c'est très bien, ça, M. le Président.

**M. Couillard:** ...

### Situation dans les salles d'urgence du CHUM

**M. Drainville:** Je vous laisse assumer ça, M. le Président... M. le ministre. Alors, on va aller sur les urgences, si vous le permettez, M. le Président. D'abord, sur les urgences au CHUM. Les informations que nous avons, M. le Président, c'est que, dans les jours qui vont venir, il va y avoir une recommandation qui va être faite par des instances officielles du CHUM à l'effet de fermer certaines urgences au sein du CHUM, pour certains quarts, dans les semaines qui viennent, faute de médecins pour assurer la charge... la garde, dis-je bien, faute d'urgentologues pour assurer la garde. Est-ce que le ministre peut nous dire s'il est au courant d'abord de cette situation, qu'effectivement les médecins du CHUM, à Montréal donc, vont recommander au conseil d'administration que l'urgence... que certaines urgences, en particulier celle de l'Hôtel-Dieu, me dit-on, soient fermées pour certains quarts, dans les semaines qui viennent, faute d'urgentologues pour assurer la garde?

● (16 h 20) ●

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

**M. Couillard:** Alors, actuellement, tous les quarts sont comblés. Il en reste un à combler, puis il va l'être

également. Mais, nous, on a transmis très fermement notre volonté au CHUM, puis je pense que c'est leur volonté également, d'ailleurs le directeur général a envoyé une lettre à cet effet-là, refusant toute proposition de fermeture d'une urgence... d'une des trois urgences du CHUM. Il faut prendre tous les moyens nécessaires pour éviter que ça se produise. D'ailleurs, on a minimisé le nombre de ruptures de services dans les urgences du Québec depuis 2003, elles sont en nombre relativement faible ou moins important qu'auparavant. Mais, pour ce qui est de l'Hôtel-Dieu de Montréal, il est clair qu'on s'est investis de façon très active avec l'établissement, avec l'agence de santé. Et, tiens, justement, les médecins du réseau universitaire de santé McGill ont apporté une collaboration à leurs collègues de l'Université de Montréal. Voilà une belle démonstration de collaboration et d'esprit d'équipe pour maintenir ces urgences ouvertes.

Maintenant, il y a des questions à poser plus loin que ça, plus loin que cette question-là. Comment ça se fait qu'au CHUM on a de la difficulté à maintenir certains quarts de travail ouverts et qu'on doit faire tous ces efforts pour les combler, à quelques jours de distance, actuellement? Bon, la réponse facile — que je ne ferai pas, je vais tout de suite rassurer mon collègue de La Peltrie — serait de parler de la pénurie d'effectifs médicaux. Parce qu'à ce moment-là pourquoi, à l'urgence du CSUM, de l'hôpital de McGill, qui a plus de sites, on n'a pas ce problème et pourquoi, dans les autres grands hôpitaux de Montréal, on n'a pas ce problème? Alors, il y a des multiples raisons qui expliquent ce phénomène-là, dont la transition vers un nouvel hôpital, mais également dont le climat interne et l'environnement pratique pour les médecins. Alors, c'est quelque chose qui est certainement important.

Et on a assuré... j'ai assuré personnellement les partenaires... J'ai parlé bien sûr au directeur général du CHUM, j'ai parlé au doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, on a rencontré les urgentologues, la chef du service d'urgence du CHUM, et on leur a indiqué que, pour nous, c'était une question aussi prioritaire que toutes les actions qu'ils nous demanderaient de poser. Que ce soient des dérogations d'urgence pour des médecins, que ce soit l'accélération d'acceptation de médecins étrangers dans le cadre de la Faculté de médecine, que ce soit la mise en place de résidents pour couvrir des quarts de travail, comme ça se fait d'ailleurs ailleurs au Canada, dans plusieurs grands hôpitaux, tout ça, nous, on est prêts à le donner, mais il faut également qu'à l'interne, dans l'hôpital, on dégage un climat de travail plus intéressant et plus agréable. Et actuellement on n'a pas, à court terme, de quart non comblé à l'Hôtel-Dieu.

**M. Drainville:** Dans le fond, la question est la suivante, M. le Président: Est-ce que le ministre peut nous assurer qu'il n'y aura pas de quart de travail non comblé dans aucune des trois urgences du CHUM pour les mois à venir? Est-ce que c'est un engagement que vous pouvez prendre?

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

**M. Couillard:** M. le Président, quand j'étais en pratique puis je faisais de la chirurgie complexe, puis tout ça, le patient me demandait: Docteur, garantisiez-vous que votre chirurgie est efficace à 100 %. Je disais: Monsieur,

madame, je ne peux pas faire ça, je peux vous garantir qu'on va prendre tous les moyens requis pour que ça se passe le mieux possible pour vous. Et encore une fois c'est ce qu'on va faire dans le cas de ces quarts de travail, on va déployer encore une fois tous les efforts requis pour donner tous les outils nécessaires au CHUM pour remplir tous ses quarts de travail, et surtout les engager dans une démarche à plus long terme, là. Ce n'est pas vrai qu'on va, entre guillemets, là — pardonnez-moi l'anglicisme, M. le Président — «patcher» la situation de l'Hôtel-Dieu de Montréal à toutes les deux semaines, là. Il faut qu'on ait une véritable correction à l'interne qui se fasse, des choix d'actions concrètes.

Si on veut discuter des vocations différenciées des urgences, des trois urgences, moi, je suis d'accord avec ça, mais on doit les garder accessibles. On doit les garder accessibles, ça, j'ai indiqué ça au directeur général également. Lui-même essaie de recentrer certaines activités dans un pavillon plutôt que dans l'autre. Il y a peut-être lieu également pour lui de faire une réflexion semblable avec son corps médical sur les vocations spécifiques des salles d'urgence, quels genres de cas on apporte à telle urgence par exemple, qui permettrait de mieux équilibrer les activités.

Mais je rappelle, en terminant, que, dans une lettre du 17 mars 2008, le directeur général du CHUM, lui, a pris l'engagement que les salles d'urgence ne seraient pas fermées. Son engagement est écrit. Je pense que je l'avais déposée à l'époque à l'Assemblée nationale, cette lettre, et on pourra lui convier... lui communiquer encore une fois. Mais encore une fois tous les moyens requis sont mis à la disposition de l'établissement.

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

### **Organisation des services d'urgence psychiatrique**

**M. Drainville:** Sur la question des urgences psychiatriques à Montréal maintenant, M. le Président. Alors, je vais vous citer un document du conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, daté de juin 2007. Je cite: «Le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi, pour chaque région, des cibles concernant la durée maximale visée pour les séjours à l'urgence des clientèles affectées de problèmes de santé mentale. Au regard de la durée moyenne du séjour à l'urgence, les cibles régionales établies pour 2006-2007 étaient de 22,7 heures et de 12 heures pour 2010. Or, les données obtenues pour la période 12 — de 2007, donc la période de février — révèlent que la moyenne montréalaise était de 25,8 heures pour cette année, ce qui représente un écart de plus de 50 % par rapport à la durée moyenne de séjour visée en 2010.» Fin de citation. M. le Président, est-ce que le ministre peut s'engager à ce que les cibles soient atteintes dans les délais requis?

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

**M. Drainville:** La cible de 2010, comme le prévoit le Plan d'action en santé mentale, ce qui voudrait dire une amélioration de la durée maximale, une amélioration de 50 % par rapport à ce que révélait le procès-verbal du conseil d'administration de juin 2007.

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

**M. Couillard:** Alors, il faut dire, M. le Président, qu'on a une amélioration assez notable, partout en santé mentale, de la durée moyenne des séjours. Si on regarde dans les... C'était 30,4 en 2003-2004, c'est 23,1 en 2007-2008. Donc, la situation s'améliore, mais il y a encore des progrès à faire. Ce qu'on doit faire, c'est continuer à donner des outils nécessaires aux régions puis qu'ils continuent de progresser.

Je note, comme je le fais souvent, de fortes différences de performance entre des régions qui n'ont pas une base de problèmes différente nécessairement en termes de santé mentale. Tout le monde dit qu'à Montréal il y a plus de problèmes de santé mentale, c'est vrai oui et non. Il y a d'autres régions également où il y a d'importants problèmes de santé mentale, d'autres régions urbaines au Québec qui obtiennent des résultats supérieurs parce que le niveau de concertation, et le niveau de mise en place du plan d'action, est à un degré plus avancé.

Alors, il y a actuellement, j'ai eu l'occasion d'en discuter, il y a quelques jours, avec le président-directeur général de l'agence de Montréal... tiens, pour donner une indication à notre collègue, il y a sept régions actuellement qui démontrent une amélioration de l'indicateur de la durée de séjour en santé mentale: la Capitale-Nationale, Mauricie—Centre-du-Québec, l'Estrie, Montréal, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Montérégie. Neuf régions ont amélioré le pourcentage de séjour de plus de 48 heures pour la même clientèle, soit la Capitale-Nationale, Mauricie—Centre-du-Québec, l'Estrie, Montréal, Côte-Nord, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval et Montérégie. Une région est relativement stable, le Bas-Saint-Laurent. Alors, on voit qu'il y a des progrès, qui sont encore insuffisants, mais, comme dans le cas du sujet précédent, l'engagement que je prends, c'est de donner tous les moyens requis à la région pour atteindre ses objectifs.

Alors, la dynamique, elle doit se faire également dans la région, au niveau des établissements. Le plan d'action leur indique des moyens très précis à adopter. Il y a des progrès. Il ne faut pas non plus démotiver et démoréaliser nos équipes en ne reconnaissant pas les progrès qu'elles ont faits. Mais on va continuer à les soutenir et s'assurer qu'elles aient en main les outils nécessaires pour arriver aux résultats souhaités. Mais rappelons que la tendance en santé mentale est plutôt celle d'une amélioration au cours des dernières années.

**M. Drainville:** Mais on est quand même loin, M. le Président, on est quand même loin, là, de l'objectif de 12 heures d'attente pour 2010. Monsieur...

**M. Couillard:** On était encore plus loin à 30 heures, en 2003, M. le Président.

**M. Drainville:** Non, je veux bien, là, mais, si vous avez décidé de vous donner un objectif de 12 heures dans votre plan d'action, c'était présumément parce que vous souhaitiez obtenir ce résultat, vous souhaitiez atteindre ce résultat de 12 heures, sinon vous ne l'auriez pas mis dans votre plan d'action. Puis il n'y a pas personne qui vous a forcé à le mettre dans votre plan d'action.

**M. Couillard:** Bien, c'est essentiel de se donner des objectifs, il faut continuer à le faire, puis s'assurer également que les gens qui progressent plus rapidement vers cet objectif soient montrés comme étant les exemples à suivre. Et c'est ce qu'on fait actuellement dans le réseau de la santé.

**M. Drainville:** Vous êtes loin, M. le ministre, vous êtes loin... Vous me parlez... vous me disiez qu'actuellement, à Montréal, l'attente, si j'ai bien compris, c'est 23?

**M. Couillard:** 23 heures. 23.

**M. Drainville:** Puis votre objectif pour dans deux ans, c'est d'avoir une attente de 12 heures, passer de 23 heures d'attente à 12 heures d'attente. C'est une diminution de 50 %. Comment est-ce que vous allez faire pour passer de 23 heures à 12 heures d'attente et ainsi atteindre votre objectif?

**M. Couillard:** On verra en 2010. Mais on est conscients que le progrès va continuer à se faire. C'est normal et bon d'avoir des objectifs pour le réseau de la santé, dans tous les domaines. Ça ne me semble pas, là, ça ne me semble pas exagéré de fixer cet objectif. Puis je répète qu'à 30 heures on était pas mal plus loin encore de l'objectif, en 2003, qu'on l'est maintenant. Alors, on souhaite qu'il y ait une accélération des progrès au cours des prochaines années.

Encore une fois, les fonds sont là. Ce n'est pas un problème d'argent, les fonds sont là. Les modalités sont là, elles ont été indiquées clairement à l'agence régionale, qui a la liberté de les adapter selon sa réalité régionale. Mais c'est à eux d'entrer en fonction maintenant et d'utiliser les fonds publics qui sont à leur disposition. En fait, il n'y a pas actuellement beaucoup de problèmes d'accès aux soins, dans le système de santé, qui sont liés à un problème de fonds budgétaires, de disponibilités budgétaires. C'est lié soit à un problème d'effectif soit à un problème d'organisation incomplète ou sous-optimale.

**M. Drainville:** M. le Président, je laisse les téléspectateurs, là, qui nous écoutent juger du sérieux de la réponse. L'attente est passée de 30 à 23 heures en cinq ans, et là il nous dit qu'elle va passer de 23 heures à 10 heures en deux ans. C'est ça qu'il nous dit, là. Ça ne fait pas très sérieux, M. le Président. Mais je ne veux pas revenir là-dessus parce qu'il va me donner la même réponse puis on n'avancera pas...

**M. Couillard:** Bien non, j'en ai une autre à ajouter.

**M. Drainville:** Bien, ça...

**M. Couillard:** C'est que le 30 heures en 2003...

**M. Drainville:** Est-ce que je peux choisir la question que je pose, M. le Président?

**M. Couillard:** ...ça se faisait sans investissement en santé mentale, M. le Président, c'est ça qui est particulier.

**M. Drainville:** Est-ce que je peux poser... Est-ce que je peux choisir la question que je pose, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Oui...

**M. Couillard:** Mais là on va décider, nous, si on la veut ou pas.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, c'est au député de poser sa question et...

### Situation dans les salles d'urgence

**M. Drainville:** M. le Président, j'aimerais ça parler... Le ministre vient de nous dire qu'il a minimisé les ruptures de services dans les urgences du Québec, ces dernières années. Or, on se rend bien compte que la situation dans les urgences de l'Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière, Mauricie—Centre-du-Québec, c'est très précaire dans toutes ces régions. Selon les données transmises par le ministère de la Santé, on constate une augmentation du pourcentage de patients qui attendent 24 heures et 48 heures ou plus à l'urgence. Bref, dans plusieurs régions du Québec, il y a plus de gens qui attendent à l'urgence, malgré les belles intentions exprimées par le ministre. Pourquoi la situation ne s'améliore-t-elle pas dans les urgences de ces régions du Québec que je viens de nommer, M. le Président?

● (16 h 30) ●

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

**M. Couillard:** En fait, au cours de la dernière année, si on regarde particulièrement les six derniers mois, qui sont les mois les plus difficiles, avec la période hivernale, la performance des urgences s'est grandement améliorée partout dans le Québec et dans la plupart des régions. Je rappelle également qu'il faut faire attention avec les chiffres de certains hôpitaux régionaux dont les nombres de patients sont très petits.

Ceci étant dit, c'est un gros défi d'ailleurs, la question des quarts de travail dans les salles d'urgence. C'est vrai que c'est précaire dans plusieurs endroits, mais il n'y a pas eu de rupture de services. Puis ça, ça nous amène à la pénurie d'effectif. Ça, ça nous ramène à la proposition de l'ADQ sur la pratique mixte, qui apparaît d'autant plus inappropriée et prématurée que cette situation-là existe encore. On passe notre temps, au ministère, à faire — comment dire? — de l'intervention d'urgence, sans jeu de mots, pour trouver des médecins dépanneurs, trouver des médecins qui acceptent de faire des quarts de travail parfois à quelques minutes même de Montréal. À Saint-Eustache, où était l'ADQ récemment, il a fallu dépêcher une équipe complète du ministère avec le Collège des médecins pour arriver à trouver des solutions. Alors, tant qu'on a ce niveau d'effectif dans nos salles d'urgence, c'est très dangereux d'engager le réseau de la santé sur des voies telles que la pratique mixte, par exemple, et ça, c'est une démonstration assez concrète de cette question.

Et il faut également rappeler qu'au niveau des salles d'urgence du Québec la lourdeur et la sévérité d'atteinte des clientèles augmentent à chaque année. Il y a de plus en plus de personnes âgées ou très âgées sur civière, de plus en plus de gens avec des problèmes de santé complexes, qui, en passant, ne seront jamais pris en charge par l'assurance privée, quelle qu'elle soit. Il faut bien sûr considérer que, les patients étant plus lourds, la solution réelle réside dans la poursuite des actions.

Puis là j'engagerais notre collègue à nous faire des propositions. On a augmenté les admissions en médecine, on a augmenté l'accueil des médecins étrangers, on a augmenté le nombre de groupes de médecine de famille, on a créé les cliniques-réseaux, on est prêts à discuter de nouvelles formules avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, on a investi de façon très importante dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, on a créé 500 lits de convalescence partout au Québec, qui étaient inexistantes il y a à peine quelques mois. Moi, j'aimerais entendre de la part du Parti québécois des solutions, des suggestions. On est prêts, entre gens de bonne volonté, à appliquer une idée qui jaillirait soudain de cette formation politique. Alors, allons-y, nous sommes ouverts aux suggestions.

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

**Le Président (M. Kelley):** 1 min 30 s.

**M. Drainville:** Ah! M. le Président, c'est trop court pour faire la liste de toutes les solutions qu'on aimerait proposer, mais j'aimerais juste...

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

**M. Drainville:** J'aimerais juste rappeler au ministre, M. le Président, parce qu'on dirait qu'il ne comprend pas, puis je pense que c'est important, en une minute, là, ça devrait être suffisant pour qu'il comprenne, je lui rappelle que les admissions en médecine au Québec, entre le creux du déficit zéro, avec lequel son parti était d'accord, les admissions en médecine au Québec sont passées de 406 à 611 entre 1998-1999 et 2002-2003, c'est une augmentation de 205, une augmentation de 50 %. Je lui rappelle également que, de 2002-2003 à 2006-2007, il a augmenté les admissions de 161, c'est une augmentation de 26 %. Toutes proportions gardées, en chiffres absolus et en pourcentages, M. le Président, les admissions ont augmenté davantage sur les dernières années de gouvernement péquiste que ça n'a été le cas depuis que M. le député de Jean-Talon est ministre de la Santé.

Je tiens également à lui rappeler, M. le Président, que les admissions en soins infirmiers, entre le creux du déficit zéro, avec lequel le Parti libéral du Québec était d'accord, et notre défaite électorale de 2002-2003... Savez-vous, M. le Président, les admissions en soins infirmiers, combien elles ont augmenté? De 1 796 à 4 963, une augmentation de 3 167, une augmentation de 176 %, M. le Président. Et je rappelle encore une fois, M. le Président, que les cinq années du gouvernement libéral ont totalisé des déficits, de quel ordre, M. le Président? Je vous le donne en mille, de 23 milliards de dollars. Quelle extraordinaire gestion, M. le Président! Je pense que ça vaut la peine — il me reste encore quelques secondes — de rappeler...

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

**M. Drainville:** ...les cinq dernières années déficitaires du gouvernement libéral: 3 milliards, 4 milliards, 5 milliards, 5 milliards et le déficit historique de 6 milliards en 1994-1995. Et le bon vieux PQ, en quatre ans, a retourné

cette situation-là de déficitaire à un surplus de 126 millions. Et on a réussi ça, M. le Président. Et, dès qu'on a pu le faire, on a augmenté les admissions en soins infirmiers et en médecine.

Et savez-vous quoi, M. le Président? Heureusement qu'on a fait le déficit zéro parce que, si on ne l'avait pas fait, il y a 3 milliards de dollars qu'il faudrait mettre actuellement sur les intérêts de la dette, qu'on peut mettre ailleurs, entre autres pour augmenter davantage les budgets en médecine et augmenter davantage les budgets dans le réseau de la santé. Je conclus, M. le Président...

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup.

**M. Drainville:** ...en disant que le ministre de la Santé, s'il était... — comment dire?, il faut que je choisisse bien mon épithète, là — s'il était, disons, cohérent avec tous les beaux principes qu'il prétend défendre, il devrait remercier le Parti québécois d'avoir fait le ménage et de lui donner la marge de manoeuvre qui lui a permis de réinvestir dans les soins de santé, ces dernières années, M. le Président. Et je vous remercie de m'avoir permis de clarifier encore une fois cette situation.

**Le Président (M. Kelley):** M. le ministre, rapidement.

**M. Couillard:** Avant le mouvement surréaliste, il y a eu le dadaïsme. Je pense qu'on est à ce niveau-là, là, tu sais. On a beau essayer, on ne réussira pas à effacer ça du côté du Parti québécois, c'est une tache qu'il va porter pendant des décennies: d'abord, la mise à la retraite puis en même temps, en passant, au passage, en massacrant les efforts de leur collègue de l'époque, M. Jean Rochon, en même temps la diminution des admissions en faculté de médecine, un creux historique. C'est assez ridicule...

**M. Drainville:** On vide...

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, la parole est au ministre.

**M. Drainville:** ...

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, la parole est au ministre. En terminant, s'il vous plaît, M. le ministre.

**M. Couillard:** Alors, c'est comme si je disais: J'ai vidé complètement une barrique, mais, savez-vous, je l'ai remplie à moitié après, donc j'ai augmenté de 50 % la quantité d'eau qu'il y avait dans la barrique avant que je la vide. C'est le genre de raisonnement, là. On n'est pas cruches quand même, pour rester dans le même domaine.

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

**M. Couillard:** Mais je pense qu'on n'est pas à une contradiction près, là, du côté du Parti québécois, parce que le reste de son parti la reconnaît, l'erreur. D'ailleurs, c'est la plus grande erreur du Québec contemporain, c'est M. Sansfaçon, du *Devoir*, qui le disait il y a quelque temps. Alors, tiens, M. le député de Rousseau: «Parmi les erreurs que les péquistes doivent reconnaître,

il relève la mise à la retraite des médecins et des infirmières, une décision que le gouvernement Bouchard a prise afin d'atteindre le déficit zéro en massacrant le système de santé du Québec.» Je peux vous dire que ceux qui étaient dans le réseau à l'époque l'ont vécu très, très, très durement. «Les mises à la retraite massives d'infirmières et de médecins ont été malsaines pour les hôpitaux, selon ce que reconnaît aujourd'hui l'ancien premier ministre du Québec, Lucien Bouchard.»

Mme la chef de la deuxième opposition, dans une entrevue avec M. Arcand, dit: «Non, on ne ferait pas la même chose. Moi, je suis certaine qu'on ne ferait pas la même chose. Parce que c'est là que je dis: On tire des leçons. On ne ferait pas la même chose parce qu'on fixerait, par exemple, un plafond», etc. «On a hypothéqué pour un temps. C'est en train de se redresser actuellement. C'est long, ce redressement. Mais on apprend généralement plus de nos erreurs que de nos bons coups ou des difficultés qu'on a rencontrées.»

Et, dans *Le Devoir*, le 5 février, comme je le disais tantôt à l'Assemblée nationale, je cite au texte, M. le Président. Alors, il y a le nom de la chef de la deuxième opposition: «...estime que la situation dans le réseau de la santé s'est améliorée sous les libéraux, surtout en région.» Alors, ce sont des déclarations qui... Au lieu de nier la...

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

**M. Couillard:** Au lieu de nier ces erreurs-là, il devrait tout simplement se joindre à ses collègues et les reconnaître, dire: C'est vrai que ça a été épouvantable et catastrophique. Ça a été une tempête terrible dans le système de santé, là, j'y étais, là. Entre 1996 et 2000, là, je peux vous dire que c'était l'enfer. Non seulement il n'y avait pas d'ajout budgétaire, mais il fallait diminuer les budgets. À Sherbrooke, où je pratiquais, il a fallu faire une fusion hospitalière dans le contexte d'une réduction budgétaire de 20 millions de dollars.

**M. Drainville:** ...

**Le Président (M. Kelley):** En conclusion...

**M. Couillard:** On n'aurait pas massacré le système de santé, M. le Président.

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

**M. Drainville:** Bien non, mais dites-nous comment vous auriez fait le déficit zéro, vous étiez d'accord avec.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, ça met fin à cet échange. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député d'Orford. M. le député.

#### **Organisation du travail du personnel infirmier**

**M. Reid:** Merci, M. le Président, enfin! Écoutez, la question du député de Marie-Victorin tantôt, la façon dont il l'a posée quand il a dit que, depuis que le ministre était en place, il y avait eu une diminution des admissions

en sciences infirmières, ça m'a rappelé quelque chose dans la façon de poser la question — et ne levez pas de papier pour rien, M. le député. Ça m'a rappelé ma grand-mère, qui écrivait régulièrement à mon oncle qui était son plus jeune fils, avec lequel je partageais un appartement quand j'étudiais à l'Université Laval, et sa lettre commençait toujours de la même façon, sa lettre commençait par: «Mon cher fils, tout va bien depuis que tu es parti.»

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

● (16 h 40) ●

**M. Reid:** Alors, ça m'a vraiment rappelé... C'est plutôt amusant comme question, je dois dire, que basé sur des faits qui sont utiles. Mais ce qui me surprend le plus, M. le Président, c'est le fait que le député de Marie-Victorin, encore aujourd'hui à la période de questions et encore cet après-midi — pourtant, il me semblait qu'on avait réglé cette question-là la semaine passée — se vante encore de ce qui s'est fait dans les facultés de médecine par son parti dans les années quatre-vingt-dix.

Alors là, M. le Président, j'ai connu toutes sortes de logiques. J'ai fait mon doctorat en mathématiques pures dans les espaces de dimension infinie. Je suis intéressé régulièrement à lire des choses sur la physique quantique, dans laquelle il se passe des choses étonnantes, M. le Président: un électron qui passe à deux places en même temps ou un photon qui passe à deux places en même temps, assez étonnant, difficile à comprendre. Malgré ça puis malgré que je m'intéresse à des logiques complexes, je dois dire que je ne comprends absolument pas et absolument rien de la logique du député de Marie-Victorin. Et je vous promets, M. le Président, que je vais travailler très fort pour essayer de comprendre cette logique-là.

Mais pour l'instant je me fie davantage à ce qu'ont dit les collègues, et le ministre en a cité quelques-uns, et, avant de poser des questions sur la pénurie d'infirmières, parce qu'on a déjà abordé cette question-là sur la pénurie de médecins, et, avant d'aborder la question, je pense qu'il est essentiel d'inviter le député de Marie-Victorin à admettre une erreur qu'il ne veut pas admettre dans une logique que je ne comprends pas, parce que, selon toutes les logiques que je comprends, et que j'ai eu la chance d'étudier, et qui m'intéressent même à temps partiel dans mes loisirs, je ne saisis pas par quelle logique il se vante de ce qu'ils ont fait dans leur parti dans les années quatre-vingt-dix concernant les admissions dans les facultés de médecine et qu'il ne voie pas les conséquences de cette erreur.

Alors, M. le Président, autant pour les médecins, on peut parler maintenant au niveau des infirmières. En 1997, alors que le Québec n'était pas en surplus d'effectif, le gouvernement du Parti québécois a mis en place un programme de départs volontaires qui a eu pour conséquence de pousser quelque 4 200 infirmières vers une retraite anticipée. Celles-ci représentaient 9,1 % de l'ensemble des infirmières du réseau à ce moment-là. Alors là, il y a quelques personnes qui ont occupé des postes importants dans le gouvernement qui a fait ces choses-là et qui ont depuis admis l'erreur. Le futur et améliorer les choses, ça commence par admettre les erreurs qu'on a faites, ce que ne semble pas comprendre le député de Marie-Victorin.

D'abord, parlons de Lucien Bouchard, l'ancien premier ministre, qui est de ceux qui ont reconnu que

cette décision n'avait pas été très heureuse, et permettez-moi de lire un extrait du *Journal de Québec*, le 19 juin 2004 — ouvrez les guillemets: «Les mises à la retraite massives d'infirmières et de médecins ont été malsaines pour les hôpitaux, selon ce que reconnaît aujourd'hui l'ancien premier ministre du Québec, Lucien Bouchard.» Et donc c'est le premier extrait, fermez les guillemets. Deuxième extrait, qui, lui, vient du *Soleil* du 18 juin 2004 — ouvrez les guillemets: «Les négociations ont été très difficiles, mais on a fini par trouver une solution. Il y a eu beaucoup de retraites. Pour les hôpitaux, ça n'a pas été bon, je crois.» Fermez les guillemets.

Un autre témoignage est celui du député de Rousseau.

**Une voix:** ...

**M. Reid:** M. le Président, je vais continuer à faire mon intervention, si vous me le permettez.

**Le Président (M. Kelley):** La parole est au député d'Orford.

**M. Reid:** Alors, un autre témoignage est celui du député de Rousseau, qui a été ministre de la Santé, je vous rappelle, sous ce gouvernement et qui a, lui aussi, admis que cette décision avait été très lourde de conséquences pour les réseaux de la santé et des services sociaux. Alors, je vous cite un extrait du *Devoir* du 12 octobre 2004 — ouvrez les guillemets: «Des erreurs ont été commises notamment dans la gestion du système de santé avec les mises à la retraite prématurées d'infirmières et de médecins. Il faut examiner notre bilan avec lucidité.» Fermez les guillemets. J'invite le député de Marie-Victorin à faire preuve de la même lucidité et admettre cette erreur-là.

Dernièrement, le 14 mai 2007, dans une entrevue accordée à Paul Arcand — le ministre en a parlé tout à l'heure — la députée de Charlevoix, chef de la deuxième opposition, qui a été, elle aussi, ministre de la Santé dans ce gouvernement des années quatre-vingt-dix: «On a hypothéqué, dit-elle dans cet extrait-là...» Ouvrez les guillemets: «On a hypothéqué le réseau pour un temps. C'est en train de se redresser actuellement.» Évidemment, on est en 2007, donc ça veut dire, «actuellement», depuis qu'on est là. «C'est long, ce redressement. Mais on apprend généralement plus de nos erreurs que de nos bons coups ou des difficultés qu'on a rencontrées. Alors, j'imagine que ça devrait me servir, dit-elle, que ça devrait me servir pour la suite des choses. Si on veut travailler tous ensemble pour améliorer le système de santé, il est évident qu'il faut arrêter de renier les évidences. Il y a des erreurs qui ont été commises, des erreurs graves. On travaille, les améliorations sont en train de se faire, et on va travailler tout le monde ensemble dans la bonne direction à partir du moment où on va arrêter de nier les évidences, c'est assez clair.»

Alors, en 2007, le Parti libéral, à l'élection dernière, était le seul parti qui avait prévu dans son programme l'argent dans son cadre financier pour l'arrivée de nouvelles infirmières et de nouveaux médecins et annonçait... donc, le Parti libéral annonçait l'instauration de mesures d'attraction, de valorisation et de rétention des infirmières, en plus de promettre l'ajout de 2 000 infirmières. Ces mesures avaient pour but de garder les infirmières les

plus expérimentées dans notre réseau et d'attirer les jeunes vers la profession.

Alors, ma question, M. le Président, parce que, oui, j'ai une question. Je m'excuse d'avoir été long, je n'ai pas pu résister à l'envie de...

**Le Président (M. Kelley):** ...une enveloppe de 20 minutes, M. le député.

**M. Reid:** Oui. Alors, je pense que ce préambule était important, parce qu'il faut arrêter de nier que nous sommes partis de très loin quand nous avons travaillé à l'amélioration. Même si nous avons mis des millions, et des centaines de millions, et des milliards, peut-on dire — enfin, au moins un — il est clair que nous partions de très loin, et il est essentiel de comprendre ça.

Maintenant, ce que je voudrais savoir, c'est que le ministre nous donne un portrait, nous brosse un portrait d'ensemble — je sais qu'on en a déjà parlé, de certains aspects — de cette situation des infirmières. Qu'est-ce qui se passe depuis 2003? Et qu'est-ce qui s'en vient dans les années qui s'en viennent? Quelles sont les solutions qu'on a retenues pour l'avenir? Et dans quelle mesure nous comptons pouvoir et dans quel horizon temporel nous pouvons, disons, espérer avoir une solution qui soit définitive à cette problématique-là qui a une origine bien connue, même si certains ne veulent pas l'admettre?

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

**M. Couillard:** M. le Président, la situation des infirmières à mon avis est, par rapport à celle des médecins, au moins aussi préoccupante, sinon peut-être même un peu plus, parce que, si on regarde de façon linéaire les chiffres des prochaines années, on a actuellement une légère augmentation du nombre d'infirmières jusqu'en 2012-2013, mais par la suite, compte tenu de la démographie de cette population et des mises à la retraite, cette fois naturelles, il va y avoir une chute des effectifs qui devrait nous ramener, vers 2020, à peu près au même niveau d'effectif qu'on a en nombre actuellement, à peu près 70 000 infirmières. Donc, si on y va de façon linéaire, en conservant la même façon de procéder dans les hôpitaux, la même organisation de travail, il est clair qu'on va s'acheminer vers une situation qui va être très difficile à ce moment-là et même dans les années qui vont précéder.

Alors, c'est pour ça qu'autant d'efforts ont été déployés et continuent d'être déployés pour améliorer l'organisation du travail et la façon dont les infirmières puissent se concentrer sur leurs tâches professionnelles spécifiques et également une diversité d'options de carrière devant elles. On a discuté auparavant de l'apparition sur le terrain des infirmières praticiennes spécialisées, qui à mon avis va s'accélérer au cours des prochaines années, mais, au-delà de ça, il y a toute la façon dont les infirmières pratiquent leur profession dans les centres hospitaliers, on l'a expliqué à plusieurs reprises, et c'est une situation qui nous préoccupe grandement.

Des actions ont été prises. Bien sûr, il y a la fameuse table de concertation dont on devrait voir la fin des travaux au cours des prochains jours, mais, avant même la fin des travaux de la table de concertation, nous avons entrepris des actions concrètes avec l'accord des syndicats dans trois hôpitaux de Montréal, que le député probablement

connaît bien, qui vont nous permettre d'introduire à Maisonneuve-Rosemont, à Fleury et à Verdun des modèles d'organisation qui, entre autres, font appel à un plus grand nombre d'infirmières auxiliaires. Alors, c'est...

Il ne faut jamais présenter ces actions comme étant la panacée ou l'action en soi qui va être la réponse universelle à tous les problèmes, mais il faut noter qu'à Maisonneuve-Rosemont en particulier l'introduction plus importante d'infirmières auxiliaires a déjà eu comme impact de diminuer, dans certaines unités, le recours au temps supplémentaire de façon assez importante. Et c'est une des deux... je dirais, un des deux griefs souvent répétés des infirmières, c'est, d'une part, la quantité de temps supplémentaire obligatoire à fournir et, d'autre part, le recours aux agences privées d'infirmières, qui déstabilise les équipes et qui est causé de façon un peu absurde par l'exode de certaines infirmières de nos hôpitaux vers les agences privées. Alors, la table de concertation, qui finit ses travaux ces jours-ci, va permettre de dégager de nouveaux projets ailleurs au Québec, dans d'autres centres hospitaliers.

J'ai également bien entendu l'appel des présidents de centrales syndicales, il y a quelques semaines, là où ils enjoignaient le gouvernement d'entreprendre un dialogue sur l'organisation du travail dans le réseau de la santé, bien sûr pour les infirmières mais également pour d'autres catégories de travailleurs et de travailleuses. Cette rencontre a été très, très productive et à mon avis très prometteuse de gains pour l'avenir. Nous avons convenu de nous concentrer sur... au lieu de faire des grandes discussions nationales, de nous concentrer sur des projets très spécifiques d'établissements. Il y a, entre autres, l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal, qui a été ciblé, et on avait... Peut-être que Mme Verreault va nous en donner d'autres qui devaient nous être suggérés par les centrales syndicales.

Alors, ces projets sont constitués de la façon suivante: les équipes vont sur place et laissent les gens du terrain imaginer et proposer eux-mêmes ou elles-mêmes des actions ou des changements à l'organisation du travail qu'on accompagne et qu'on répand par la suite dans le reste du réseau. Ça a commencé également plus précocement en Outaouais. On a parlé de l'Outaouais, ce matin, à l'Assemblée nationale. C'est une région dans laquelle on met en place des façons de faire dans le réseau qui par la suite pourront être étendues dans le reste du réseau de la santé et des services sociaux. Donc, je dirais qu'il y a une ébullition importante. Si on ne fait que parcourir les journaux régionaux, on constate que la plupart des grands centres hospitaliers de région, dont celui de Sherbrooke récemment, sont dans des démarches importantes d'amélioration de l'environnement de travail ou de la qualité de vie professionnelle des infirmières.

Alors, on a ici d'autres projets qui sont annoncés à Sacré-Coeur, au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, ainsi qu'en Montérégie, et Jardins-Roussillon, c'est à Châteauguay. Sainte-Justine également, comme je l'indiquais tantôt, a été convenu avec les centrales syndicales. Donc, beaucoup...

**Une voix: ...**

● (16 h 50) ●

**M. Couillard:** Bon. On me dit que les projets même démarrent actuellement, les rencontres ont eu lieu sur le terrain. C'est très porteur, ça, parce que... Non pas

qu'on soit contre le recours à des prestataires privés en général, mais l'introduction d'infirmières d'agences dans nos centres hospitaliers a un effet de déstabilisation sur les équipes, qui finit par être négatif sur le réseau de santé. Et franchement, moi, je comprends les infirmières d'être un peu frustrées de constater les sommes importantes qui sont dépensées pour l'engagement d'infirmières d'agences privées, alors que les mêmes sommes pourraient être utilisées dans l'hôpital pour améliorer le milieu de travail puis créer des outils de rétention, là.

Puis d'ailleurs il y a des hôpitaux qui réussissent bien. Si on regarde la question du recours aux agences privées, il y a des hôpitaux qui ne les utilisent à peu près pas. Les hôpitaux du réseau de McGill, c'est presque inexistant chez eux, le recours aux agences privées d'infirmières. Le CHUM est un endroit où il y a plusieurs situations complexes, mais n'utilise presque pas, ou à peu près pas, ou pas du tout même les agences privées d'infirmières, selon ce que nous rapportait le directeur général récemment. Donc, on le voit encore une fois, c'est un autre exemple qui montre qu'avec des environnements comparables on réussit, je dirais, à apporter un niveau de performance différent selon les établissements.

Mais la bonne nouvelle actuellement, c'est qu'il y a vraiment une volonté commune et de la part du gouvernement, du réseau de la santé, et de la part des organisations syndicales de faire des changements vraiment importants dans des choses qui apparaissaient immuables auparavant, quant à l'organisation des horaires de travail, quant à l'accompagnement des nouvelles recrues, quant à ce qu'on offre aux nouvelles infirmières, au nouveau personnel qui rentre dans nos centres hospitaliers, quant également à l'environnement, l'équipement, de petits équipements.

L'autre jour, j'ai rencontré une infirmière et je lui demandais: Concrètement, qu'est-ce que ça prendrait pour que vous et vos consœurs soient plus heureuses dans votre milieu de travail? Alors, elle me disait des choses très, très élémentaires. Elle dit: Par exemple, lorsqu'on va faire la tournée des malades, le matin, on n'a pas assez de thermomètres. Ça ne coûte pas une fortune. Tu sais, on installe les résonances magnétiques partout, là, on devrait être capables d'acheter des thermomètres pour nos départements hospitaliers. Également, pour des jeunes femmes, surtout souvent, ce sont des jeunes femmes avec des familles, l'incertitude des horaires de travail de la semaine qui suit, des deux semaines qui suivent, apporte des perturbations familiales puis sociales importantes. Alors, voilà ce sur quoi on travaille actuellement avec les organisations syndicales.

Il y a, au cours des dernières années, et puis d'ailleurs ça revient au rapport Castonguay, dont j'espère toujours qu'on va discuter... J'attends la discussion sur les chantiers du rapport Castonguay. Du côté de l'ADQ, on ne parle que de la mixité. Du côté de la deuxième opposition, on ne parle à peu près pas du rapport Castonguay. Alors, je tiens à intervenir le plus fréquemment possible sur ce rapport que nous allons mettre en place dans sa grande... dans sa grande...

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** ...dans sa grande majorité. Il y a eu, depuis les trois dernières années, 60 projets d'organisation du travail, avec des investissements de 9 536 815 \$. Ce

que disent M. Castonguay et son groupe de travail, c'est que le ministère doit stimuler l'apparition de projets d'organisation de travail et les bonifier, les accompagner de bonifications sur le plan budgétaire. C'est exactement ce que nous faisons actuellement, tout en sachant qu'à long terme une meilleure organisation du travail est également une source d'économie. Ça coûte moins cher avoir moins recours au temps supplémentaire, ça coûte moins cher avoir moins recours aux agences privées d'infirmières.

Alors, je pense qu'on peut être assez optimistes pour la suite des choses, mais il faut d'emblée faire ce virage parce que, dans 10 ans, 15 ans, on aura un problème majeur si on n'a pas réussi à transformer l'organisation du travail d'ici là.

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

**M. Reid:** Merci. Est-ce qu'il reste un peu de temps, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Cinq minutes.

#### **Unités d'accréditation syndicale**

**M. Reid:** Cinq minutes. Merci. Bien, puisqu'on parle d'organisation de travail, M. le Président, j'aimerais poser une question sur l'organisation du travail au niveau des accréditations syndicales. J'avais, moi, lors de l'élection de 2003, été frappé par un élément de notre programme qui était, me semblait-il, un élément important de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des systèmes hospitaliers, d'autant plus que le directeur de l'hôpital, à ce moment-là, un directeur d'hôpital que j'avais rencontré m'avait dit que c'était le plus gros problème qu'il avait au niveau de l'efficacité, c'étaient toutes les questions reliées au grand nombre d'accréditations syndicales, la gestion des listes de rappel, etc. Et, quand je lui avais parlé que le programme du Parti libéral avait un objectif dans ce sens-là, il a dit, un peu sceptique: Oui, bravo, c'est intéressant, j'espère que vous pourrez le faire, mais c'est probablement une des choses les plus difficiles qu'il y a à faire. Même si, à ce moment-là, si ma mémoire est bonne, la présidente de la CSN avait mentionné que cette réorganisation ou en tout cas qu'une réorganisation était nécessaire à ce moment-là.

Pour ma part, c'est une des raisons qui avaient motivé mon arrivée en politique, une des raisons importantes, c'est-à-dire qu'il y avait là à faire de véritables changements, peut-être difficiles, et on l'a vu que ce l'était par la suite, mais des changements non moins importants et qui apporteraient un véritable changement dans la façon d'organiser le travail et d'organiser une productivité qui ne demande pas nécessairement aux gens de travailler plus, simplement de travailler différemment.

Alors, ma question est de voir, M. le ministre... j'aimerais savoir où en sont ces réorganisations-là du travail du côté syndical, des accréditations. Et aussi, évidemment, on ne peut pas passer à côté, à l'automne dernier, la Cour supérieure du Québec, si ma mémoire est bonne, a déclaré inconstitutionnelle cette loi n° 30 qui permettait de faire cette fusion des accréditations. Qu'est-ce qui en est? Où est-ce qu'on s'en va? Est-ce que ça pose problème? Parce qu'on sait tous maintenant que c'est une bonne chose, cette affaire-là.

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, je commencerais par la dernière question. Effectivement, il y a eu ce jugement de la Cour supérieure, pour lequel d'ailleurs le gouvernement a décidé de se porter en appel. Mais, nonobstant la décision de nous porter en appel, on a quand même invité les partenaires syndicaux à des conversations sur des changements qu'ils pourraient suggérer qui nous permettraient d'éviter de nous engager dans une longue péripétie judiciaire qui pourrait éventuellement nous amener jusqu'en Cour suprême du Canada dans quelques années.

Je dirais que la bonne nouvelle, c'est que tous les partenaires syndicaux ont été rencontrés par le ministère, et maintenant on doit faire un retour au niveau des associations patronales pour tester certaines hypothèses avec ces associations. La bonne nouvelle également, c'est qu'on ne sent pas le désir des partenaires syndicaux de revenir en arrière, notamment sur le plan du nombre des accréditations syndicales. Il y a un nouvel équilibre qui s'est installé et qui a nécessité beaucoup d'énergie, qui a créé certaines divisions, dans leurs rangs, des votes d'accréditation. Alors, je ne pense pas qu'on veuille revenir en arrière.

En fait, la loi n° 30 comportait deux volets, je dirais, aussi importants l'un que l'autre, et il est possible que le deuxième soit plus important même que le premier. Le premier, c'est la réduction du nombre d'accréditations syndicales, qui est passé de plus de 3 000 à 900 au Québec, mais en pratique il n'est que de quatre maintenant par établissement, alors qu'il y a des exemples qu'on connaît très bien. À l'époque, avant qu'on adopte cette loi, il y avait, je crois, 90 unités d'accréditation syndicale au Centre universitaire de santé McGill, par exemple. Alors, c'est ingérable.

Maintenant, j'avais expliqué à l'époque et je le répète, ce n'était pas que la seule responsabilité du mouvement syndical, il y avait eu une première vague de fusions d'établissements dans laquelle on avait omis de procéder en même temps à la réduction parallèle du nombre d'accréditations syndicales, ce qui a probablement évité de nous engager dans cette situation absurde de multiplication de syndicats. Je me souviens avoir rencontré à l'époque une directrice d'établissement qui me disait que, sur le même département, il y avait trois syndicats différents. Alors, vous pouvez vous imaginer les difficultés de gestion de personnel que ça entraînait.

Alors, d'une part, la réduction du nombre d'accréditations syndicales et, d'autre part, à mon avis, plus porteur même d'avenir pour le réseau de la santé, c'est la négociation locale, de permettre aux travailleurs, localement, et leur établissement de convenir de matières portant nécessairement particulièrement sur l'organisation du travail tout en laissant les matières financières, salariales et autres au niveau de la table nationale de négociation. Alors, le processus s'est quand même bien déroulé. Si on regroupe les endroits où il y a une entente qui est, à toutes fins pratiques, conclue, c'est près de 90 % des ententes locales qui ont été conclues. Les syndicats, la bonne nouvelle, ils ont participé au processus, et je pense qu'ils ont constaté qu'ils pouvaient faire des gains, des gains dans leur milieu de travail en termes d'environnement et de gestion du travail.

Il y a eu, si vous vous souvenez, également, à l'adoption de cette loi, un processus de médiation arbitrale qui a été mis en place dans les cas de négociation locale où il n'y aurait pas d'entente. Ce qui est intéressant, c'est que la pression de ce mécanisme a fait en sorte que ça a facilité les ententes. En général, les décisions arbitrales qui ont été demandées ne portaient que sur une ou deux matières et pas sur l'ensemble des sujets.

Donc, on peut dire que, sur le plan de l'impact souhaité en termes de réduction des structures et en termes de délégation de responsabilités au niveau local, on a atteint nos objectifs. On comprend que les syndicats, de façon légitime, ont porté leur point de vue devant les tribunaux. On comprend également qu'ils nous ont fait des propositions qu'on n'aura pas ici à détailler parce qu'on est dans ces conversations avec eux. Ces conversations sont terminées entre le ministère et les syndicats. On sait exactement, je crois, au niveau de chaque organisation, quels sont les changements souhaités. On fait un retour au niveau des associations patronales. Et tant mieux si on peut éviter un long conflit juridique et en arriver à une solution peu onéreuse à mettre en place, on le souhaite, et relativement simple sur le plan législatif. Parce qu'on ne veut pas détricoter à nouveau toute cette histoire-là et nous ramener en arrière, alors que tout le monde comprend que l'équilibre actuel est un équilibre imparfait comme tous les équilibres, mais de loin supérieur à la situation qui existait auparavant.

**Le Président (M. Kelley):** Merci. Ça met fin à cet échange. Juste un petit peu d'intendance. Ça met fin à un autre tour. Il reste 1 h 45 min à ma droite; pour l'opposition officielle, 1 h 32 min; et, pour le deuxième parti de l'opposition, 1 heure. Alors, qu'est-ce que je propose, je vais être très serré dans la gestion du temps dans cette dernière heure: un bloc de 20 minutes pour l'opposition officielle; compte tenu de la durée du dernier bloc, un 15 minutes pour le deuxième groupe de l'opposition; un 10 minutes pour le parti ministériel; et un dernier 10 minutes pour l'opposition officielle, ce qui va nous permettre de terminer vers 17 h 55.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Well, j'essaie de finir le tout avant 18 heures parce qu'il y a des personnes qui ont d'autres obligations à 18 heures.

**M. Caire:** Parce que 10 minutes, M. le Président, je ne peux pas dire que ça fait beaucoup, beaucoup mon affaire.

**Le Président (M. Kelley):** Avez-vous une contre-proposition? J'essaie de... Deux blocs de 15 minutes?

**M. Caire:** On fonctionnait en bloc de 20 minutes. Il reste une heure, ça fait 20 minutes, 20 minutes, 20 minutes, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** O.K., c'est juste... Il y aura le temps à gérer pour demain. Alors, on va faire ça comme ça. Alors, 20 minutes, la parole est à vous, M. le député de La Prairie... de La Peltrie, pardon.

● (17 heures) ●

**M. Caire:** Oui, parce que le député de La Prairie ne me ressemble pas beaucoup. Ça prendrait tout un «face lift».

Oui, M. le Président. D'abord, je vais suivre les traces de mon collègue d'Orford, faire un certain préambule. Parce que j'ai entendu, tout à l'heure, le ministre de la Santé et des Services sociaux dire qu'il avait hâte qu'on parle du rapport Castonguay. M. le Président, je réclame un test d'urine, là, parce que je ne sais pas avec qui j'ai parlé jeudi puis je ne sais pas avec qui j'ai parlé mardi, je ne sais pas si j'ai parlé au clone du ministre, mais il me semble qu'on a abordé le rapport Castonguay abondamment, et je pense que nous avons aussi abordé abondamment les chantiers que le ministre a proposés. Je me souviens d'avoir jasé d'outils de performance avec lui, je me souviens d'avoir jasé de la création de l'INES avec lui, je me souviens d'avoir jasé de financement par achat de services avec lui. Il a, je ne sais pas, peut-être une amnésie temporaire, M. le Président, mais il me semble qu'on en a jasé pas si mal.

### Pénurie de médecins

Je voudrais poursuivre, M. le Président, sur la pénurie d'effectif parce que ça a été identifié par le ministre de la Santé comme étant le grand défi à relever. D'abord, dire que la pénurie d'effectif — parce que, oui, effectivement, il y a une pénurie, notamment chez les médecins — est plutôt une conséquence de notre système que les problèmes que nous avons à vivre. Et je trouvais intéressant un commentaire que le ministre avait eu à l'effet de dire que c'était probablement notre situation monopolistique qui était à l'origine de cette situation-là, et j'étais d'accord avec lui. Ceci étant dit, la même situation monopolistique, M. le Président, nous appelle à questionner le gouvernement sur la façon dont il va corriger le problème que le gouvernement a créé. Je comprends que ceux qui formaient le gouvernement n'étaient pas les mêmes, mais il n'en demeure pas moins que c'est le gouvernement, au sens large du terme, qui a créé le problème, et donc on est en droit de s'attendre à ce que le gouvernement le règle.

J'ai posé une question, tout à l'heure, au ministre, pour laquelle je n'ai pas eu de réponse, et je vais la poser très simplement, et je vais poser exclusivement une question sur ce sujet-là pour être sûr qu'on reste sur ce sujet-là: Est-ce qu'il est vrai que, dans les prévisions du ministère, il y a de façon prévisible une décroissance des médecins omnipraticiens dans les années à venir?

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

**M. Couillard:** Non, en fait — puis je vais laisser le Dr Bureau, qui est à ma droite, compléter la réponse — ce n'est pas une décroissance en nombre, il va y avoir une croissance. La question, c'est: Est-ce que l'accès... est-ce que le niveau de service va être suffisant avec cet ajout? C'est essentiellement la question qu'il faut se poser, notamment face à des sondages qui montrent la diminution anticipée même plus importante de productivité ou d'heures de travail des médecins du Québec au cours des prochaines années, ou du moins d'une proportion importante d'entre eux. Peut-être, avec consentement, le Dr Michel Bureau, à ma droite, aurait l'occasion d'intervenir dans cette commission parlementaire.

**Le Président (M. Kelley):** Consentement? Dr Bureau, la parole est à vous.

**M. Bureau (Michel A.):** Les projections visent une augmentation des médecins de famille puis des omnipraticiens. L'augmentation d'ici 2015 est dure à prévoir, mais c'est environ 1 300, 1 400 spécialistes, puis la même chose pour les médecins omnipraticiens. Est-ce que cette croissance va être suffisante? On demande présentement aux facultés un effort supplémentaire pour augmenter encore les admissions en médecine.

**M. Couillard:** Et, M. le Président, la raison...

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

**M. Couillard:** Quand on dit «suffisante», c'est suffisante en rapport de quoi? C'est que, si on avait le nombre de médecins supplémentaires qu'on prévoit dans le contexte, disons, des années quatre-vingt, il y a plusieurs décennies, on pourrait certainement prévoir un accroissement spectaculaire de l'offre de services parallèlement. Mais qu'est-ce qui intervient maintenant? C'est d'abord l'augmentation prévisible continue de la demande de soins compte tenu du vieillissement de la population, du changement démographique, population qui vieillit, maladies chroniques, multiples problèmes de santé chez le même individu, demande de soins donc en croissance continue chez les personnes qui, en passant, ne seront pas utilisées... ne seront pas des clients attirants pour l'entreprise privée ou l'assurance. Premier élément, donc: demande de soins qui croît.

Deuxième élément, ce sont — j'y reviens encore une fois — les habitudes de pratique et les habitudes de vie des médecins des prochaines années, qui ne sont pas les mêmes que celles que nous avons connues. Moi, je m'inclus là-dedans, là. Il y a certains réflexes, et c'est probablement une bonne chose pour la qualité de vie des gens qui sont concernés, il y a certains réflexes qui ont changé. Moi, je me souviens très bien, j'ai été le seul neurochirurgien à l'Hôpital Saint-Luc de Montréal pendant plusieurs mois. Jamais je n'avais l'idée qu'on pouvait laisser une période de garde non couverte. Pour moi, c'était un anathème, c'était quelque chose qui n'existait pas. Alors, bien sûr, j'ai travaillé beaucoup, beaucoup, probablement aux dépens de ma vie personnelle et familiale à l'époque, puis je le reconnais certainement. Puis peut-être que les jeunes médecins ont raison de ne pas faire la même vie que leurs prédécesseurs ont faite. Mais ça témoigne du fait qu'il y a des changements de choix de vie et de choix de carrière au niveau de la profession médicale, qui sont, en passant, les mêmes qu'on voit chez les autres professions, qui vont faire en sorte que le nombre de médecins effectivement présents pour faire la tâche requise, pour servir la clientèle, ne sera peut-être pas aussi grand en termes de productivité que ce qu'on anticipe. Alors, d'où la nécessité de continuer à bâtir des incitatifs au niveau des médecins de famille particulièrement pour qu'ils voient plus de nouveaux patients, de leur fournir de l'aide également avec la présence, au cours des premières années, des infirmières praticiennes de première ligne, de continuer à augmenter les admissions en médecine — Dr Bureau vient d'expliquer qu'on a demandé un effort supplémentaire à ces facultés-là — mais également en étant conscients

qu'il y a des éléments de l'équation qui ne dépendent pas uniquement du gouvernement, mais également encore une fois du comportement collectif de la profession médicale au cours des prochaines années et notamment leur choix de style de vie et de style de carrière.

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

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Donc, je comprends ce que le ministre nous confirme par le biais de M. le sous-ministre, c'est qu'il y aura bel et bien une augmentation des médecins au cours des prochaines années, il n'y a aucune décroissance qui est sur les planches à dessin au ministère de la Santé. Parfait.

**M. Couillard:** Mais je veux juste réexpliquer à notre collègue, qu'il comprenne bien...

**M. Caire:** Non, non, mais je...

**M. Couillard:** ...qu'on n'essaie pas de lui jouer de tour, là.

**M. Caire:** Non, non.

**M. Couillard:** Il va y avoir une augmentation du nombre de médecins. Est-ce que cette augmentation est suffisante pour faire face à l'augmentation de la demande de soins? C'est ça qu'on...

**M. Caire:** Ça répondait à ma question. Il n'y avait pas de problème. C'était...

**M. Couillard:** C'est ça qu'on veut lui expliquer.

**M. Caire:** Maintenant, sur la réponse du ministre, effectivement, ce que je comprends, c'est que, d'ici 2015, vous calculez, là, une augmentation d'environ 2 600 médecins: 1 300 spécialistes et 1 300 omnis. Vous avez très certainement, parce que vous mettez en doute le fait que ce sera suffisant pour répondre à la demande, donc vous avez probablement estimé la demande. Et, si vous avez estimé la demande, j'imagine que vous avez estimé les effectifs nécessaires pour y répondre. Donc, est-ce que vous pouvez nous dire quels seraient les effectifs nécessaires pour répondre à la demande estimée?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, il y a des travaux continus sur cette question-là. Mais c'est très hasardeux de réfléchir à cette question de façon linéaire. On ne peut pas assumer que la façon dont les médecins pratiquent et même qu'ils nous disent qu'ils vont pratiquer au cours des dernières années va correspondre à la réalité. Parce que justement on travaille avec eux pour mettre sur pied des incitatifs nouveaux, des mécanismes qui vont faire en sorte d'augmenter leur présence au travail, de les faire travailler plus longtemps, dans une carrière plus longue, de les faire voir plus de patients et de valoriser le suivi de la clientèle.

Peut-être, Dr Bureau, vous pourriez expliquer la façon dont on fait ces calculs pour les prochaines années.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bureau.

**M. Bureau (Michel A.):** À chaque année, le gouvernement adopte la politique triennale des admissions en médecine puis la politique triennale des admissions dans les programmes de spécialités. Quand il fait cette analyse, il met à la table la Fédération des médecins omnipraticiens, des spécialistes, il met le Collège des médecins, la Fédération des médecins résidents, et nous mesurons quel est le taux d'attrition des médecins par départs — il y en a très peu — ou par départs à la retraite. Et nous partons de la démographie, nous avons la démographie des médecins, leur âge, spécialité par spécialité, médecine de famille, et nous projetons, et là il y a plusieurs hypothèses: quel est le taux de féminisation, qui est beaucoup plus important au Québec que dans les autres provinces, quelles sont les projections d'heures travaillées par semaine et, d'autre part, quelle est la demande, et, dans la demande, c'est des facteurs démographiques, et, de cela, nous projetons, de façon conservatrice, quelle est la demande... de façon généreuse, quelle est la demande, et de façon... pour y répondre, quel est le nombre de médecins qui est nécessaire. Et c'est ce qui nous a amenés, ces dernières années, à fixer les admissions en médecine à 772. On aurait voulu un peu plus. Cependant, la capacité d'accueil des facultés de médecine était saturée. Nous avons dû ouvrir des campus de formation, dont l'un à Trois-Rivières, l'autre à Sagamie. Et là il y a un peu de marge de manoeuvre. Et nous projetons que, pour avoir une marge de sécurité, il faudra augmenter encore un peu les admissions en médecine.

**M. Couillard:** D'ailleurs, la table, M. le Président, la table de concertation...

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

● (17 h 10) ●

**M. Couillard:** ...a récemment recommandé, comme je l'indiquais il y a quelques jours, 22 admissions de plus dès l'année suivante. Alors, on va certainement regarder ça d'un oeil très favorable.

Il y a un autre outil dont on dispose également pour régler un peu la proportion de médecins de famille et de médecins spécialistes, c'est de fixer le pourcentage de postes de résidence entre la médecine spécialisée et la médecine de famille. Alors, ce qu'on veut, c'est obtenir une situation de facto. Il y a à peu près 50-50, concrètement, de médecins qui choisissent la médecine de famille et la médecine spécialisée. Alors, c'était fait historiquement en allouant une partie plus importante de postes de résidence en médecine spécialisée, par exemple 60 %, et 40 % en médecine de famille, en tenant compte du fait qu'il y avait des abandons toujours, année après année, des programmes de formation en médecine spécialisée et que les gens se rappelaient ou se rapprochaient de la médecine de famille, ce qui arrivait aux résultats souhaités.

Ce qu'on constate, au cours des dernières années, c'est que le rythme de décrochage, entre guillemets, de la médecine spécialisée vers la médecine de famille a diminué, les gens sont plus assidus à continuer leur programme de formation, ce qui fait qu'on a diminué l'écart, on est maintenant autour de 55-45, je crois, au cours des dernières politiques, et on va continuer à faire ces correctifs. Et on va probablement même s'acheminer de

façon plus importante vers une répartition égalitaire entre les postes de résidence.

Mais toute cette discussion, je comprends qu'elle est intéressante, mais elle devrait être un frein important dans l'esprit de notre collègue et de son parti politique pour leur proposition immédiate de mixité. On est en train d'expliquer qu'on a de la difficulté à faire face à la demande actuellement et que, malgré des ajouts de médecins considérables, ce sera encore plus difficile au cours des prochaines années, notamment pour les personnes âgées, les personnes à faibles revenus, les personnes avec des maladies chroniques et des problèmes de santé multiples. On devrait être excessivement prudents, dans une perspective semblable, avant de proposer la mixité de la pratique médicale, à moins qu'on y attache des recommandations ou les prérequis que M. Castonguay place avec sagesse dans son rapport. Et ce serait une recommandation que, nous, on accueille très favorablement d'ailleurs, si elle était formulée de cette façon-là.

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

**M. Caire:** Oui, M. le Président. Nous sommes extrêmement prudents dans notre façon de proposer la mixité. Et au contraire il m'apparaît que... Le ministre parlait des incitatifs dans la pratique médicale. Au contraire, je pense qu'il vient de nous donner un solide argument pour favoriser la mixité de la pratique. Mais, moi, je voulais parler de pénurie d'effectif, là. Puis j'avais compris que lui trouvait qu'on avait trop parlé de la mixité. Peut-être qu'on n'en a pas assez parlé. Ça me fera toujours plaisir...

**M. Couillard:** ...parler de ça, M. le Président, mais je souhaite qu'on parle d'autres choses également. Mais c'est parce que, chaque fois qu'on parle de pénurie d'effectif, c'est un contre-argument contre la mixité, là. Moi, ça fait mon affaire, là, tu sais.

**M. Caire:** Au contraire, M. le Président.

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

#### **Valorisation de la formation en médecine générale**

**M. Caire:** Au contraire, moi, ce que j'ai compris, c'est que c'était un argument qui favorisait ça. Bien au contraire.

M. le Président, dans la réponse du sous-ministre et du ministre, il y avait un élément intéressant. On sait que le rapport Castonguay, dont le ministre a grand soif qu'on discute, parle d'investissement massif dans la médecine de première ligne, donc dans la médecine... dans l'omnipraticque, et il y a des constats au niveau justement de la formation des médecins, où la tendance est beaucoup plus à aller vers la médecine spécialisée que l'omnipraticque.

Est-ce que, dans la planification des médecins ou dans la planification de la formation et des cohortes à venir, il y a cette préoccupation-là de la part du ministère de valoriser et favoriser les adhésions à la médecine générale, à l'omnipraticque, pour justement amener les renforts, dont parlait M. Castonguay dans son rapport, à la médecine de première ligne, là, ce qui ne semble pas être le dessein général qu'on constate dans les facultés?

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

**M. Couillard:** Effectivement, M. le Président, on est préoccupés par ce phénomène de choix de plus en plus fréquent de la médecine spécialisée par rapport à la médecine de famille dans les orientations de carrière. D'ailleurs, ça peut être une partie de l'explication du déficit migratoire qu'on a pour les postes de résidents. Comme les médecins résidents désirent faire à tout prix une formation en médecine spécialisée et qu'il y a une limite qui est fixée au nombre de postes en médecine spécialisée par rapport aux postes de médecine de famille et que ces postes les intéressent moins, bien ça peut être une des raisons qui les amènent à aller chercher une admission dans les programmes de médecine spécialisée hors Québec. Il faut être prudent cependant en rappelant qu'on ne voudra pas créer une situation de pendule inversé où on aurait créé donc une pénurie de médecins spécialistes,

Quelles sont les actions à prendre? Il y a une réunion très importante que le Dr Bureau va animer prochainement avec les facultés de médecine pour tenter de dégager les pistes. Intuitivement, là, et je ne prétends pas être un expert en la matière, le Dr Bureau a plus d'expérience que moi dans l'administration de facultés de médecine et la formation médicale, mais on accorde beaucoup d'importance, dans la sélection des étudiants de première année, à leurs dossiers académiques. Alors, on a forcément ainsi... on crée ainsi forcément une présélection de personnes qui sont très axées vers l'acquisition de connaissances, et c'est bien, la performance scientifique, qui peut avoir comme conséquence de les amener à choisir plus fréquemment la médecine spécialisée que la médecine de famille, qui, en passant, est très exigeante également.

Moi, comme je disais à mes étudiants lorsque j'étais à la faculté dont le Dr Bureau était doyen avant le Dr Baron par la suite, je leur disais, à mes résidents, qui se sentaient bien rehaussés d'être des résidents en neurochirurgie ou en chirurgie, je leur disais: N'oubliez jamais que c'est plus exigeant et plus difficile d'être un bon médecin de famille dans une région où il n'y a pas de soutien de médecins spécialistes sur place que d'avoir le confort d'être restreint à une partie très étroite de la pratique médicale. Alors, il faut absolument continuer à attirer plus les étudiants vers la médecine de famille. Je suis d'accord avec le constat que fait notre collègue, c'est préoccupant, ce choix de plus en plus majeur vers la médecine spécialisée.

Peut-être, brièvement, Dr Bureau, si vous avez une remarque à faire là-dessus, peut-être pour expliquer le processus qu'on va mettre en place avec les facultés.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bureau.

**M. Bureau (Michel A.):** Alors, nous réunissons tous les gens du domaine intéressés à trouver des solutions, et plusieurs pistes se dégagent déjà. Il faut se rappeler que les facultés de médecine, dans le choix des résidents, quand vient le temps de choisir les résidents pour les divers programmes, ont un degré d'exigence qui n'est peut-être pas incitatif à ouvrir la porte... ils n'ont pas été très vendeurs pour leur programme de médecine de famille. Les facultés, un doyen de médecine a 35 programmes de spécialité puis il en a un de médecine de famille, son corps professoral est orienté vers la spécialité. La médecine

de famille n'a jamais été le parent fort d'une faculté de médecine, et je le sais pour en avoir dirigé une.

Il faut sans cesse contrer cette tendance des médecins spécialistes, qui sont la majorité des enseignants. Le premier professeur qu'un étudiant de médecine voit, ce n'est pas un professeur de médecine de famille, c'est un médecin spécialiste qui s'identifie très tôt dans sa carrière. Il faut donc amener nos étudiants dans le programme, tôt, à connaître quelle est la médecine de famille, son attrait avant qu'il commence à faire ses choix. Alors, il y a toutes sortes de stratégies, dont certaines sont à long terme, d'autres à très court terme, pour augmenter l'attractivité, si je peux dire, de la médecine de famille vers nos étudiants.

**Le Président (M. Kelley):** Une dernière question, M. le député.

**M. Caire:** Merci, M. le Président. Bien, le Dr Bureau a abordé en partie, dans la finale de sa réponse, ma prochaine question. Parce qu'effectivement il semble que nos étudiants de médecine, dans le processus de leur formation, soient mis en contact avec le contexte de la médecine générale, la médecine familiale, tard. On les met en contact très rapidement avec, bon, l'ensemble des possibilités pour un spécialiste. Et aussi, sur la durée de la formation, il semble que la portion où vraiment on touche à l'aspect de la médecine familiale par rapport à l'ensemble de la pratique soit quand même assez limitée.

Alors, est-ce qu'il n'y a pas lieu de travailler d'une façon extrêmement concrète à inverser cette tendance-là justement pour favoriser et valoriser la médecine générale? Et, moi, je vais saluer l'implantation d'UMF dans différentes universités du Québec, qui est de nature justement à valoriser la médecine familiale. Mais est-ce qu'au niveau de la formation il n'y a pas encore un travail important à faire pour valoriser l'omnipraticque et faire en sorte que justement ça arrête d'être le parent pauvre? Parce qu'encore une fois on s'entend que la médecine de première ligne va nécessiter un travail important dans les prochaines années, là.

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

**M. Couillard:** C'est vrai, puis je pense qu'il faut continuer à exposer les étudiants... Je suis content que le député le souligne, les UMF puis l'exposition en région, il faut que ça continue.

Maintenant, il y a des phénomènes dans la formation scientifique de la médecine qui font en sorte qu'effectivement les étudiants en médecine sont beaucoup plus en contact avec des médecins spécialistes que des médecins omnipraticiens souvent. Lorsque, par exemple, ils doivent être formés pour le système respiratoire, bien ils vont entrer en contact souvent avec des pathologistes, avec des pneumologues, des internistes qui vont certainement leur communiquer les attraits de leur pratique, involontairement ou volontairement, en leur disant: Écoutez, regardez le genre de pratique qu'on fait lorsqu'on est spécialisé dans ce domaine-là. Même chose pour les sciences neurologiques, même chose pour l'O.R.L., même chose pour la cardiologie. Parce que, jusqu'à un certain point, c'est relativement plus confortable de se cantonner dans un domaine spécialisé assez étroit — moi-même, j'ai pratiqué dans un domaine extrêmement pointu de la

médecine, très, très, très pointu, où bien sûr il faut se tenir à date, il faut étudier, puis il faut acquérir une expérience considérable — par rapport au médecin de famille qui, dans une journée, peut avoir à faire face, surtout en région, lorsqu'il a peu de contacts immédiats avec les spécialistes, avec un cas de pédiatrie, ensuite un cas d'O.R.L., gynécologie, médecine cardiovasculaire dans la même journée.

Alors, l'exposition à la pratique de la médecine de famille au début de la formation, à ce que ça veut dire être un médecin de famille, ça m'apparaît très utile, et je pense qu'il y a lieu de souhaiter que les facultés, avec le ministère et le ministère de l'Éducation, là, qui a quand même un rôle important à jouer dans ce secteur-là, conviennent de pistes et qu'on communique également aux jeunes Québécois et aux jeunes Québécoises qui ont l'intérêt pour la médecine, qu'on communique cette importance de remplir les cadres de la médecine de famille au cours des prochaines années.

● (17 h 20) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Je pense, pour la gestion de temps, je vais maintenir la proposition de faire un bloc de 15 minutes pour le deuxième groupe de l'opposition, suivi par un bloc d'une vingtaine de minutes des députés ministériels. Vu qu'il y a les personnes qui ont des obligations, il y a une offre très généreuse, à ma droite, que les dernières dizaines de minutes vont être comptabilisées sur le temps et on va ajourner vers 17 h 55. Alors, si ça va avec tout le monde, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Juste pour revenir sur les propos du député d'Orford, je n'ai jamais dit, M. le Président, qu'il n'y avait pas eu de diminution des admissions. Tout ce que je dis, c'est qu'une fois que ces diminutions-là ont eu lieu il y a eu une augmentation significative des admissions par la suite. Et je pense qu'on ne peut pas dire, comme le fait le député d'Orford, comme le fait également le député de Jean-Talon... de ne parler que des diminutions. Et peut-être ces diminutions-là se sont-elles faites trop rapidement. Là-dessus, je suis prêt à reconnaître qu'il aurait peut-être fallu mettre des plafonds, comme l'a reconnu d'ailleurs le député de Charlevoix. Mais, une fois que les diminutions ont été faites, il y a eu une augmentation importante, très importante des admissions en médecine et en soins infirmiers, sciences infirmières et également au programme du D.E.C. Et je pense que c'est important de le dire, parce qu'on ne peut pas juste dire qu'on était favorables au déficit zéro sans reconnaître les efforts qui ont été faits pour l'atteindre et également reconnaître qu'une fois qu'il a été atteint on a pris tous les moyens pour réaugmenter les admissions.

Par ailleurs, j'invite encore une fois le député d'Orford et le député de Jean-Talon à nous dire comment, eux, ils l'auraient atteint, le déficit zéro, s'ils avaient été à notre place. Parce qu'ils ne peuvent pas simplement bénéficier des... récolter les bénéfices du déficit zéro sans nous dire ce qu'ils auraient fait, eux, pour l'atteindre.

J'ajoute une dernière chose à l'intention du député d'Orford. Quand il nous parle de la grande logique dont il a fait preuve, dit-il, je l'invite à un peu d'humilité parce que, dans certains dossiers qu'il a pilotés comme ministre de l'Éducation, on ne peut pas dire que la logique était toujours au rendez-vous. Je pense que je n'ai pas besoin d'en rajouter là-dessus, M. le Président.

### Plan d'amélioration des services ambulanciers

Sur les dossiers que j'aimerais aborder maintenant dans ce dernier bloc: les soins ambulanciers d'abord, M. le ministre. Bon, d'abord, selon les données transmises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, on constate que globalement le temps de réponse des ambulances s'est détérioré entre 2006-2007 et 2007-2008. On parle grosso modo, là, d'une augmentation de 4 % des temps de réponse, mais, dans certaines régions, l'augmentation est de près de 20 %; en Estrie, ça a augmenté de 11,5 % — là, je parle du temps de réponse, là, en minutes — Côte-Nord 10,1 %, Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine, le temps de réponse a augmenté de 20 %, c'est considérable. Là, je parle du temps de réponse pour un transport ambulancier, c'est le délai entre l'entrée de l'appel à la centrale et l'arrivée sur les lieux des ambulanciers.

Alors, ma question est fort simple, M. le Président: Est-ce que le ministre de la Santé s'est donné des objectifs chiffrés quant à l'amélioration des temps de réponse pour le transport ambulancier? Est-ce qu'il s'est donné un échéancier pour atteindre ses objectifs? Et est-ce que cet échéancier se ventile par région administrative au Québec?

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

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, avant de parler de ça, il faut parler des moyens mis en place pour améliorer la situation du travail... du service préhospitalier au Québec et du transport ambulancier. D'abord, on a commencé en continuant les investissements, on investit dans ce secteur d'activité de façon importante, autant en équipement qu'en développement. Maintenant, on a également, il faut le rappeler, professionnalisé ce style d'activité. Ce n'est pas anodin, ça va avoir un impact très concret sur les prochaines années et l'évolution de cette profession. On a investi... on a professionnalisé le domaine d'activité en créant le diplôme d'études collégiales, par exemple, et on a des ouvertures de campus en région, dont en Outaouais récemment, et on voit que le nombre de candidats pour occuper les postes de formation est très important.

On a également entrepris avec les syndicats une réflexion et une action concrète sur le terrain sur l'organisation du travail et des quarts de travail, avec la formation du comité Gauthier qui, avec consensus syndical et patronal, a pointé les endroits au Québec où il faut tout de suite mettre en place des projets ou des programmes d'amélioration de travail et de transformation des horaires de travail à partir de la façon habituelle de le faire jusqu'à des horaires qui vont plus vers des horaires à l'heure, jamais totalement à l'heure dans les régions rurales, d'ailleurs pas plus au Québec qu'ailleurs.

On constate cependant, sur les augmentations de temps de réponse, qu'il faut quand même les calibrer en nombre absolu. Je pense qu'effectivement, là, il y a une région où c'est préoccupant, qui est la Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine, et on verra en précision quelles sont les augmentations qui sont faites. Mais, si on regarde les augmentations pour les autres régions, elles sont en fractions. En termes absolus, il s'agit d'augmentations, 12,88 à 13,76, c'est quand même des très bons temps de réponse, là, en général; Estrie, 16,02 à 17,86. Il faut faire la transition du pourcentage au nombre absolu. Donc, il

y a également eu des progrès notamment, ici, dans la région de la Capitale-Nationale, où, entre 2006-2007 et 2007-2008, il y a eu une réduction des temps de réponse, et toutes les données ne sont pas complétées puisqu'il manque encore des périodes.

Alors, il faut certainement continuer à développer ce secteur-là, et notamment au niveau de l'organisation du travail. Mais là encore une fois on ne peut pas tout régler, nous, en apportant de l'argent à l'organisation du travail, il faut qu'au niveau des ambulances et des entreprises ambulancières il y ait du travail qui se fasse également. Il y a eu, à la lumière d'un cas récent, ici, dans la région, démonstration qu'il y avait une accumulation d'à peu près 40 heures de retard à se présenter le matin au quart de travail. Je m'excuse, ça, là, il y a une responsabilité directe de l'organisation du travail dans l'entreprise ambulancière qui ne peut pas être négligée. Alors, il y a, de ce côté-là, des progrès à faire autant du côté des entreprises elles-mêmes, des syndicats que du milieu patronal.

Mais le pari qu'on fait, c'est qu'en professionnalisant ce milieu-là, en allant même éventuellement vers la création d'un ordre professionnel, principe avec lequel on est d'accord, mais qui commence par une formation académique de niveau plus important avec un diplôme d'études collégiales, en introduisant de façon encadrée, avec le Collège des médecins, la pratique avancée des techniciens ambulanciers, on fera beaucoup pour améliorer la situation. Et on a l'intention de continuer à la faire progresser, cette situation, notamment en continuant à former plus de techniciens ambulanciers, puisque, là comme ailleurs, la question des effectifs est importante. Ce qui est rassurant, c'est de voir avec quelle... je dirais, avec quelle ferveur, là, et quel enthousiasme les étudiants se présentent pour accéder aux postes de formation ou aux places de formation dans les cégeps pour les programmes de formation de techniciens ambulanciers.

Il y a également, dans les cahiers de crédits, les budgets de formation des techniciens ambulanciers qui sont considérables, on le verra, dans la plupart des régions du Québec. Il faut donc continuer ce travail, mais qui est un travail, comme d'habitude, à plusieurs facettes. Oui, les conditions salariales, oui, l'organisation du travail, mais, oui également, la productivité et l'organisation optimale des entreprises ambulancières sur le territoire du Québec.

### Frais accessoires demandés aux patients pour certains services

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Le rapport sur les frais accessoires, maintenant. Les suites de ce rapport sur les frais accessoires, est-ce que le ministre... Bon, on se rappelle, c'est le rapport qui recommandait, entre autres, que les patients paient pour les pansements, le matériel chirurgical, les tests diagnostiques lors d'une visite dans un cabinet médical.

Dans le fond, la question, elle est fort simple, M. le Président: Est-ce que le ministre peut nous dire si les ententes avec les fédérations de médecins ferment définitivement la porte à cette recommandation qui était une recommandation centrale du rapport — dont nous avions dévoilé l'existence d'ailleurs — donc, recommandation d'inclure dans les frais accessoires les pansements, le matériel chirurgical et les tests diagnostiques?

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

**M. Couillard:** Certainement, M. le Président. D'ailleurs, une des conclusions du rapport, au contraire c'était de dire également qu'il ne fallait pas inclure ce type de prestations dans les frais accessoires. Ce que nous disent les médecins, ils nous disent: Écoutez, c'est parce qu'on est sous-financés au niveau de nos coûts de fonctionnement dans les honoraires qui sont versés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. C'est la raison pour laquelle, au contraire de ce que sous-entend le député — puis je ne veux pas dire que c'est ça qu'il sous-entend, là, mais c'est ce que j'ai compris — au contraire, les ententes avec les fédérations médicales prévoient des dispositions spécifiques sur le financement des activités en cabinet justement pour ramener la pratique des frais accessoires dans un périmètre qui est convenu et agrégé avec les fédérations médicales.

Alors, on a tiré avantage des négociations avec les fédérations pour donner suite au rapport mais pas dans la direction que mentionne le député, non pas pour élargir la notion de frais accessoires à ce qu'elle est... à autre chose que ce qu'elle devrait être dans les ententes actuelles, mais plutôt, au contraire, à la restreindre et à la contrôler. Il va falloir certainement consacrer des fonds publics à cette question-là. D'ailleurs, c'est pour ça que, dans l'entente et les sommes globales qu'on a consacrées aux deux fédérations médicales, on a précisé dans les ententes qu'il y aurait des modalités de financement de cabinets privés qui visent, pour nous, à justement contrôler et même diminuer fortement la tendance à la demande de frais accessoires.

Je rappelle que la formule des cliniques associées, des cliniques avec lesquelles il y a une entente contractuelle entre un centre hospitalier ou des centres hospitaliers et un centre médical spécialisé, ce type d'entente là élimine les frais accessoires. À notre avis, c'est la meilleure façon de contrôler le phénomène, c'est de multiplier, lorsque le besoin s'en fera sentir, ce type d'ententes contractuelles dans lesquelles les patients, les malades auront accès à une clinique privée de médecins spécialistes sans avoir à déboursier de frais accessoires pour des services assurés. Donc, solution double: d'une part, la mise en place de ces contrats d'affiliation et, d'autre part, une négociation à faire et à compléter avec les fédérations médicales sur l'enjeu sous-jacent aux frais accessoires, qui est le financement de la composante technique ou de la composante de fonctionnement dans les honoraires en cabinet.

● (17 h 30) ●

**M. Drainville:** Donc, la réponse, juste pour être bien sûr que je comprenne bien, M. le Président, la réponse: C'est clair qu'il n'est pas question que les patients paient pour les pansements, le matériel chirurgical et les tests diagnostiques lors d'une visite dans un cabinet médical. C'est clair, il n'est pas question de ça, la porte s'est refermée là-dessus.

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

**M. Couillard:** Ce qui était déjà dans les frais reconnus dans les ententes, on se souvient, les produits pharmaceutiques, etc., demeurent.

**M. Drainville:** Oui.

**M. Couillard:** Mais j'amènerais le député à une certaine prudence. S'il lit les textes des ententes avec les fédérations médicales, ce n'est pas aussi précis qu'on le pense. Et d'ailleurs, lorsqu'il y a eu des enquêtes de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur certains cas, même si apparemment elles semblent dévier de la lettre de l'entente, souvent la Régie de l'assurance maladie constate qu'il n'y a pas de défaut de la part du professionnel. Les mots ont été choisis de façon à ce qu'on puisse les interpréter de façon très créative, disons, de la part de certains avocats ou de certaines fédérations médicales. C'est la raison pour laquelle il faut clarifier à nouveau cette question-là. Mais le but que nous poursuivons, ce n'est d'accroître le phénomène, c'est de le restreindre et de l'encadrer. Mais je mets en garde...

**M. Drainville:** L'encadrer comment? On va le restreindre et...

**M. Couillard:** Avec une nouvelle entente. Actuellement, le seul texte qui gouverne les frais accessoires, c'est le texte d'annexes à des ententes passées entre le gouvernement du Québec et les fédérations médicales. La façon dont ces textes sont rédigés — et on sait de source sûre que des avis légaux ont été obtenus des fédérations médicales — fait en sorte qu'il y a beaucoup de flou malheureusement par rapport aux textes et l'intention qu'ils visaient et la pratique sur le terrain, d'où l'intérêt de clarifier ces textes-là. Ce qu'on vise, c'est à conclure une nouvelle entente et une nouvelle formulation de ce qui est accessible comme frais accessoires, mais avec comme volonté de ne pas libéraliser l'exercice mais plutôt de le restreindre et de l'encadrer.

**M. Drainville:** O.K. Donc, dans les ententes que vous avez signées, entre autres celle avec la Fédération des médecins omnipraticiens, dans cette entente-là, on ne précise pas la portée des frais accessoires, ça va devoir faire l'objet d'une autre négociation que vous avez entreprise déjà?

**M. Couillard:** Les conversations ont débuté, mais c'est une négociation qui va être difficile, hein, on s'entend, là?

**M. Drainville:** Oui.

**M. Couillard:** Les fédérations médicales ont une vision de la question qui est parfois assez opposée à la nôtre. Alors, on aura une négociation intéressante à faire avec eux.

**M. Drainville:** Mais votre intention, c'est de faire en sorte...

**M. Couillard:** Notre intention, c'est de les restreindre et de les encadrer de façon plus claire...

**M. Drainville:** Oui.

**M. Couillard:** ...en prenant acte du fait que l'encadrement actuel, malgré l'apparente clarté, n'est pas clair et qu'on veut également multiplier les autres formules qui nous permettent de balayer ces frais accessoires.

Encore une fois, la clinique Rockland, dont le député a parlé à quelques reprises, les malades qui vont se faire opérer là, ils ne paient pas un sou de frais accessoires, pourtant c'est une clinique privée, parce que justement le coût du fonctionnement est couvert dans l'entente contractuelle entre l'hôpital et la clinique.

**M. Drainville:** O.K. Mais on vous encourage à tenir le fort là-dessus, M. le ministre. On vous encourage à tenir le fort là-dessus.

**M. Couillard:** Avec vigueur?

**M. Drainville:** Avec vigueur, bien sûr. Alors...

**Le Président (M. Kelley):** Dernière question.

**M. Drainville:** Une dernière question...

**M. Couillard:** Mais, M. le Président, j'engage les deux partis d'opposition à nous soutenir dans ce domaine-là, parce que, dans les négociations, souvent, les parties négociantes vont voir les partis d'opposition pour obtenir leur accord sur certains éléments.

**M. Drainville:** Oui, bien sûr.

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

**M. Drainville:** Malheureusement, vous n'avez pas connu ça encore, mais ça va venir peut-être...

**M. Couillard:** D'être l'opposition?

**M. Drainville:** ...de travailler comme député d'opposition. Je vous le souhaite. Je vous le souhaite, M. le ministre.

**M. Couillard:** Ah! écoutez, ça doit être source de renouveau, j'en suis certain.

#### Révision de la notion «par le médecin lui-même»

**M. Drainville:** Ça va être une source... oui, c'est ça, c'est ça.

En terminant, c'est très technique, mais ce n'est pas pour rien que je l'ai gardé pour la fin, mais je pense que c'est important pour l'avenir de la pratique médicale: le principe de «par le médecin lui-même» et la prise en charge des patients. Dans ce rapport sur les frais accessoires, on mentionnait que ce serait une bonne idée de remettre en question le principe de «par le médecin lui-même». C'est ce qui fait en sorte que le médecin ne peut être que rémunéré pour un acte qu'il effectue lui-même.

Et, dans ce rapport-là, on disait, entre autres, je cite: «De l'aveu même des cliniciens membres du comité — comité sur le rapport au sujet des frais accessoires — une bonne partie [des activités des médecins] pourrait être accomplie par d'autres professionnels de la santé et par du personnel de soutien. Cependant, les incitatifs ne sont pas là pour modifier la pratique et mieux utiliser d'autres ressources. [...] il n'y a pas d'incitatif à un travail d'équipe susceptible de bonifier la prise en charge et de

permettre la meilleure utilisation possible de la disponibilité du médecin auprès des patients qui en ont le plus besoin. [...] À moyen terme, la Loi sur l'assurance maladie devrait être revue pour remplacer la notion «par le médecin lui-même» par un concept plus englobant et reflétant mieux les responsabilités du médecin.»

Ma question, M. le Président: Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire si son ministère a évalué la possibilité de revoir la notion de «par le médecin lui-même» afin de permettre un travail, une pratique interdisciplinaire plus développée, entre autres dans les groupes de médecins de famille, pour permettre une meilleure participation, une plus grande participation des infirmières, entre autres? Est-ce que je suis... Est-ce que c'est clair?

**M. Couillard:** Oui, oui.

**M. Drainville:** Oui.

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

**M. Couillard:** Effectivement, c'est l'intention qui est souhaitée de favoriser et de valoriser le travail multidisciplinaire, ce qui veut dire qu'il faut modifier cette notion du «médecin lui-même», mais il ne faut pas non plus l'élargir de façon anarchique, là.

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Et personne ne veut ça, là. Je sais, mais... Parce qu'on ne veut pas en venir à une situation où les médecins factureraient tout ce qui se fait dans leurs cliniques par n'importe qui. Peut-être, Dr Bureau pourrait expliquer certains éléments de principes qui nous guident actuellement dans cette conversation-là.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bureau.

**M. Bureau (Michel A.):** L'objectif poursuivi quand les groupes de médecins de famille ont été créés et quand une infirmière fut insérée dans la pratique d'équipe des médecins de famille, c'était d'utiliser à bon escient le travail fait en délégation, ou en association, ou en interdisciplinarité par une infirmière d'abord, mais on peut penser à d'autres professionnels de la santé qui pourraient se joindre: nutritionnistes, physiothérapeutes ou autres. Si chaque geste qui doit être fait par le médecin n'est rétribuable qu'au médecin lui-même... Je vais prendre un exemple bien simple, pourquoi ferait-il faire une vaccination simple, où il n'y a pas besoin d'un médecin pour le faire, dans son bureau, si, à chaque fois, il perd les revenus associés à ce geste? Alors, il y a donc...

Et c'est M. Dutil qui avait demandé au comité Chicoine de mettre ça à l'ordre du jour de l'étude des frais accessoires. Et il y avait consensus à trouver des modalités qui vont favoriser cette interdisciplinarité. Et il y a plusieurs pistes de solution qui sont déjà sur la table et qui n'ont pas fait l'objet de conclusion actuellement, mais la notion, tel que vous le proposez, de «médecin lui-même» est reçue favorablement.

**M. Drainville:** Très bien.

**Le Président (M. Kelley):** Merci, ça met fin à cet échange.

**M. Drainville:** Si je peux juste dire, M. le Président, je me réjouis de voir en chair et en os le Dr Bureau dont j'avais tant entendu parler, mais que je peux finalement rencontrer de visu.

**M. Couillard:** M. le Président, imaginez, moi, je le vois presque quotidiennement.

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

**Une voix:** Chanceux!

**M. Drainville:** Je vais réserver mon commentaire.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, on a confirmé la question existentielle du Dr Bureau. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce pour le dernier bloc de cet après-midi.

### Investissements en radio-oncologie

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. J'avais indiqué au ministre que je voulais toucher la question de la radio-oncologie. Alors, je reviens là-dessus. On se souvient, M. le Président, lors d'un gouvernement précédent, il y avait des mesures très exceptionnelles que le gouvernement a été obligé de prendre, c'est-à-dire, pendant presque trois ans, n'est-ce pas, de mai 1999 à janvier 2002, on a été obligé d'envoyer des patients en attente de radio-oncologie aux États-Unis, à Plattsburgh, situation assez pénible, quelque peu gênante, je pense, honnêtement.

Je ne pense pas qu'il y avait beaucoup de Québécois qui étaient très fiers d'être obligés d'admettre qu'on était incapable de soigner les patients affligés avec le cancer ici, au Québec. Remarque que les envoyer à Plattsburgh, c'est mieux que de ne pas traiter du tout; tout le monde s'entend là-dessus. Les patients avaient le choix, je pense, si ma mémoire est bonne, soit d'y aller, à Plattsburgh, ou d'attendre, parce que c'était la question d'attente qu'imposaient ces traitements, M. le Président. Et je me souviens de cette période encore une fois très peu glorieuse de notre État, de notre système de santé, où ces transferts étaient devenus nécessaires à cause d'une très longue période d'attente qui aurait pu avoir des effets très néfastes sur la santé.

● (17 h 40) ●

Ma compréhension des choses, évidemment, c'est que nous avons réussi à mettre les bouchées doubles, à augmenter le nombre de personnes traitées par radiothérapie, le nombre de traitements est beaucoup amélioré. Si je comprends bien, le ministère avait établi une cible. En février 2006, on voulait s'assurer que 80 % des usagers médicalement prêts devraient débuter leur traitement en deçà de quatre semaines, ce qui est... je ne suis pas expert, M. le Président, puis je ne suis pas médecin, mais quatre semaines étant la cible généralement reconnue comme médicalement requise dans ces types de situations là. Et, selon les informations que j'ai, en avril 2008, en avril de cette année, la cible de 90 % des patients traités en radio-oncologie à l'intérieur des quatre semaines non seulement a été atteinte, mais est dépassée, c'est-à-dire 94 %.

Peut-être, le ministre pourrait nous indiquer un peu les investissements, comment on s'est rendu à ce point-là, quels étaient les mécanismes qui étaient mis en

place. Parce qu'il ne s'agit pas simplement de question de ressources, mais de question, je comprends, d'organisation de travail également. Alors, si on pouvait avoir certains éclaircissements là-dessus, j'apprécierais beaucoup.

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

**M. Couillard:** M. le Président, là-dessus, je dois rendre hommage à l'équipe du ministère et du réseau qui a animé toute cette transformation-là autour de la direction nationale de lutte contre le cancer, dirigée par le Dr Loutfi, un oncologue pratiquant, je le rappelle, qui voit des malades chaque semaine et qui assure la coordination de la lutte contre le cancer au Québec, lutte dans laquelle aucun gouvernement n'a investi autant en énergie et en argent public que notre gouvernement.

On a investi maintenant environ 375 millions de dollars dans la lutte contre le cancer: 157 millions en fonctionnement, 92 millions en immobilisations, 76 millions en équipements et 50 millions en médicaments, des médicaments spécifiques pour le cancer, nouveaux, introduits dans les établissements et dans le formulaire des médicaments, avec comme résultat que le Québec actuellement est une des trois meilleures provinces canadiennes en accessibilité aux médicaments anticancéreux, est une des deux meilleures pour l'accessibilité à la tomographie par émission de positrons, qui est un diagnostic très spécialisé qui est disponible, qui sera disponible maintenant même en région, au Québec, dans les centres hospitaliers régionaux, qu'on a réussi à mettre sur pied les infirmières pivots, qu'on met actuellement... qu'on prépare un programme de dépistage pour le cancer colorectal, qu'on est en train de préparer la mise sur pied d'un registre national du cancer. L'ensemble de ces actions témoignent de l'intensité de notre lutte contre ce phénomène qu'est le cancer.

Et puis je suis toujours triste quand j'entends, comme le faisait l'opposition officielle aujourd'hui, présenter le fait que le taux de mortalité par cancer est plus élevé au Québec, sans l'expliquer. Et la raison pour laquelle ça se produit et en grande majorité des cas, c'est à cause du tabagisme, qui est plus élevé au Québec qu'ailleurs et qui fait qu'on a un taux de cancer du poumon plus élevé qu'ailleurs, qui est un cancer très mortel, malheureusement. Alors, il faudrait toujours rappeler ça.

Maintenant, sur la radiothérapie, sur le plan des traitements de radiothérapie, il faut rappeler effectivement qu'on est partis de loin. À l'époque, lorsque les patients étaient amenés au sud de la frontière pour les traitements, c'était après 12 semaines d'attente, ce qui est considérable. On a effectivement atteint la cible, et même dépassé la cible. En avril actuel, il y a 94 % des patients qui sont traités à l'intérieur de 28 jours.

Comment on l'a fait? D'abord, en ajoutant des machines, en ajoutant des technologues, en ajoutant des radio-oncologues, mais également en adoptant, en fait, on peut dire, le prototype de la gestion de la liste d'attente qu'on a par la suite appliquée, avec la loi n° 33, pour l'accès aux chirurgies, c'est-à-dire l'établissement d'un responsable nommé et imputable de l'accès. Les corridors de services, on n'a presque plus besoin de les utiliser maintenant. On a mis en place un système dans lequel on faisait des offres aux patients qui s'approchaient de la limite pour leur offrir le traitement ailleurs. Ce genre de

corridor et d'aide d'une région à l'autre a été très, très efficace, et effectivement en mobilisant tout le réseau de la santé autour de cette question avec un résultat, ma foi, très satisfaisant. Par rapport au nombre de patients à traiter, c'est assez remarquable, ce résultat, qui d'ailleurs est un des meilleurs résultats canadiens actuellement dans l'accès à la radiothérapie. Et la cible de quatre semaines n'est pas arbitraire, c'est la cible que l'ensemble des provinces canadiennes ont adoptée également, d'un océan à l'autre, pour l'accès aux services de radiothérapie.

Ce qui est prévu pour l'avenir, parce que, malheureusement, on estime que le nombre de cas de cancer, compte tenu du vieillissement de la population, va continuer d'augmenter d'environ 3 % par année... Ce qui pourrait le faire fléchir un peu, c'est une diminution marquée du taux de tabagisme actuel, mais on aura un impact sur le taux de cancer dans 20, 25 ans seulement. Pour faire face à l'augmentation de ces cas, il y a des centres intégrés de lutte contre le cancer qui ont été soit inaugurés soit annoncés, celui de l'Hôpital général juif, que le collègue connaît certainement, qui est un bel exemple de centre intégré de lutte contre le cancer. Ici, dans la capitale nationale, au Centre hospitalier universitaire de Québec, un centre semblable a été ouvert. On a annoncé deux centres également: un en Montérégie, à l'Hôpital Charles-Le Moyne, et un, plus récemment, à la couronne nord, à la ville de Laval. Ce qui veut dire qu'on a mis en place les outils pour faire face non seulement à la demande actuelle, mais à la demande prévisible des prochaines années de la lutte contre le cancer. Et on envisage également, si la technologie le permet, d'autres développements, par exemple la disponibilité d'unités satellites de radiothérapie, que la technologie nous annonce comme étant possible bientôt, un peu comme on fait de la dialyse à distance dans des régions comme l'Abitibi-Témiscamingue ou les Laurentides.

Alors, je crois qu'on a en main un plan qui est très solide, très solide, puis surtout bien dirigé, bien animé par la direction nationale de la lutte contre le cancer, en partenariat d'ailleurs avec la coalition dont il a été question aujourd'hui, pour les hôtelleries notamment abritant les personnes atteintes et souvent des accompagnateurs pour la durée des traitements de radiothérapie.

**Le Président (M. Kelley):** Avant de retourner la parole à mon collègue, je veux juste, au nom de ma famille, parce que mon père qui est décédé récemment a passé par une infirmière pivot, et je veux juste dire publiquement... C'est Mme Micheline Lévesque, à l'Hôpital Lakeshore, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, qui a fait un travail extraordinaire. Et c'est vraiment, pour le patient et pour la famille, je peux témoigner personnel, c'est une organisation de travail, une organisation de soins qui est extraordinaire. On a également fait affaire avec les techniciens en radiothérapie à l'Hôpital général de Montréal. Également, ils sont très bien organisés. C'est vraiment une équipe qui prend soin des personnes.

Je pense que mon exemple est juste parmi des milliers, malheureusement, de personnes qui passent dans ces cliniques, et tout le reste, mais c'est des personnes qui font un travail qui est extraordinaire. Et je pense qu'il faut toujours penser aux personnes qui donnent les soins à tous les jours, 366 jours cette année et 365 le reste, les autres années. Mais c'est vraiment un travail extraordinaire. Alors, je veux dire que je peux témoigner

à titre personnel du rôle surtout important qu'une infirmière pivot peut jouer pour organiser les visites au médecin, organiser les soins. C'est vraiment une avancée très importante. M. le député.

**M. Copeman:** Effectivement, M. le Président, ça a l'air pas mal anodin, ça, mais ça ne l'est pas. Vous l'avez vécu vous-même, on a tous des histoires, je pense, personnelles. Lors de la dernière maladie de mon père, il y a maintenant cinq ans, cet aspect d'infirmière pivot n'était pas présent, et effectivement le temps de gérer simplement et coordonner les traitements, les visites, c'était énorme. Pour les patients qui ont de la famille, ça tombe sur les familles; pour les patients qui n'ont pas de famille, c'était un défi absolument colossal qui s'ajoutait à leurs ennuis de santé.

### **Programme de promotion des saines habitudes de vie**

Peut-être, dans les quelques minutes qui restent, M. le Président, parce qu'on a parlé de l'effort de lutte contre le cancer, si le ministre pouvait nous parler brièvement du programme des saines habitudes de vie. On n'a pas parlé beaucoup de prévention encore. Moi, je pense que tout le monde autour de la table serait d'accord pour dire que la prévention est un élément absolument essentiel dans non seulement le contrôle de coûts pour la santé, mais pour avoir une bonne santé personnelle. C'est toujours moins cher de faire la prévention que la guérison, hein? Et nous savons à quel point les maladies des habitudes de vie sont en augmentation.

Alors, dans les quelques minutes qui restent, si le ministre pouvait peut-être faire un sommaire des efforts que le gouvernement met en prévention et en particulier pour promouvoir des saines habitudes de vie.

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

● (17 h 50) ●

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, effectivement, on ne parle pas assez de prévention dans le domaine du cancer. Les moyens de prévenir le cancer sont relativement simples. Il y a des sortes, malheureusement, de cancers qu'on ne peut pas prévenir mais qu'on peut plutôt dépister précocement. On aura l'occasion d'en reparler dans d'autres forums.

Mais, si on prend, par exemple, le tabagisme, il y a une multitude... on ne parle que du cancer du poumon, mais il y a une multitude de sites cancéreux qui sont en relation directe avec le tabagisme. Or, c'est probablement la mesure la plus efficace pour diminuer le nombre de cas de cancer au cours des prochaines années.

Les habitudes physiques et l'alimentation. Curieusement, on a l'impression que ça n'a pas de rapport avec le cancer, mais ça a un rapport très étroit. Donc, l'ensemble des actions qu'on développe pour la promotion des bonnes habitudes de vie, que ce soit le fonds conjoint avec la Fondation Chagnon, les autres actions commencées dès l'enfance, d'Écoles en forme et en santé par exemple, ont un impact mesurable souvent à moyen et long terme sur le nombre de cas de cancer au Québec. Donc, c'est toujours important de parler et de prévention et de dépistage précoce.

Ce qui est intéressant dans le modèle que le Québec a choisi dans sa stratégie de lutte contre le cancer,

c'est que ce que certains réclament est déjà là, c'est-à-dire on a déjà une direction nationale de lutte contre le cancer qui rassemble les acteurs et leur permet d'agir de concert, avec la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce, la prise en charge et la réhabilitation, jusqu'aux soins palliatifs lorsque, malheureusement, c'est nécessaire. Et, comme j'avais l'occasion d'en discuter avec le représentant des agences canadiennes de cancer lorsque nous avons fait notre annonce des éléments directeurs de notre plan national, j'avais demandé: Écoutez, est-ce qu'il y a quelque chose qu'on pourrait faire différemment, avec une structure nouvelle? Il m'a dit: Non, absolument pas, vous faites exactement ce qui est prévu ou ce qui doit être fait.

Et je sais que possiblement, au cours des prochaines heures, du côté de l'opposition officielle, on va nous suggérer une nouvelle structure. Alors, je leur enjoins de bien réfléchir avant de poser ce geste-là qui les catégorisera définitivement dans la gamme d'intervenants du débat politique qui visent à augmenter le nombre de structures gouvernementales plutôt qu'à les diminuer. Il faut bien vérifier quelle est la valeur ajoutée réelle dans une province où on a fait tant de progrès au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes. Je pense qu'on atteint tous les objectifs que d'autres atteignent au moyen de ce moyen qu'est la création d'une structure supplémentaire.

J'attire également l'attention des parlementaires sur un rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, auquel nous avons donné spécifiquement un mandat d'étudier les différents modes de gouverne de la lutte contre le cancer et dont la conclusion est assez limpide. En fait, ça n'a aucune corrélation, une structure ou l'autre n'a pas d'influence sur les taux de réussite ou la réussite d'une société dans la lutte contre le cancer. C'est une question de priorisation, de soutien budgétaire et d'organisation, quel que soit le mode d'organisation qu'on choisit. Alors, je pense que le Québec est sur la bonne voie et encore une fois a un système de santé intégré, qu'on va garder intégré sans éviter d'en disloquer une partie selon les problèmes de santé qui apparaissent plus ou moins fréquemment dans l'actualité.

Parce que j'écoutais notre collègue annoncer... puis je pense qu'il y a un projet de loi qu'il va déposer demain pour créer une nouvelle structure. Bien, pourquoi pas également, vu que le suicide est un problème majeur chez les jeunes, pourquoi ne pas créer — et c'est un problème dramatique — pourquoi pas, une agence de santé mentale? Les maladies cardiovasculaires sont un facteur de morbidité très fréquent, pourquoi pas une agence de maladies cardiovasculaires? Alors, on peut disloquer à l'infini notre système de santé.

Nous, on choisit la voie inverse, qui est de diminuer le nombre de structures, alléger les structures bureaucratiques, parce que c'est une immense bureaucratie que l'ADQ va proposer demain, il faut s'entendre là-dessus, là... et au contraire, alléger les structures et intégrer les gens, en se souvenant que la personne atteinte de cancer n'est pas atteinte que de cancer, elle a souvent d'autres problèmes sociomédicaux associés. Il est important que tout le monde continue à travailler ensemble de façon intégrée et surtout minimiser et éviter les alourdissements de structures bureaucratiques dans l'administration du système de santé.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, juste pour la suite des choses pour demain, je veux juste indiquer le temps qu'il nous reste, qui va être une enveloppe de trois heures qu'il reste pour le volet Santé: il reste 1 h 12 min pour l'opposition officielle, 44 minutes pour le deuxième groupe de l'opposition et 1 h 4 min pour le parti ministériel. Alors, on va essayer de faire trois tours, alors ça va être un petit peu plus de 20 minutes. Le député de La Peltrie va être heureux, je ne serai pas obligé de couper la parole à 20 minutes pile. M. le député de Marie-Victorin, je pense, trois blocs de 15 minutes, pour votre organisation de travail. Et, à ma droite, trois blocs d'une vingtaine de minutes. Je vais peut-être piger dans ce temps pour les remarques finales et quelque chose comme ça.

Alors, si ça va et on a le consentement de considérer que nous avons fait notre enveloppe de trois heures aujourd'hui, je vais ajourner nos travaux à demain matin, 9 h 30, dans la salle du Conseil législatif. Merci beaucoup, tout le monde, et bonsoir. Go Habs Go!

*(Fin de la séance à 17 h 54)*