



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 1er mai 2018 — Vol. 44 N° 202

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (3) : volet Santé et Accessibilité aux soins

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 1er mai 2018 — Vol. 44 N° 202

Table des matières

Santé et accessibilité aux soins Discussion générale (suite)	1
Adoption des crédits	58
Documents déposés	58

Intervenants

M. Richard Merlini, président

M. Gaétan Barrette
M. Jean Rousselle
Mme Diane Lamarre
M. Germain Chevarie
M. François Paradis
M. Amir Khadir
M. Dave Turcotte
M. Serge Simard
M. Norbert Morin
Mme Filomena Rotiroti

- * M. André Delorme, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Dominic Bélanger, idem
- * M. Jean Latreille, idem
- * M. Luc Boileau, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 1er mai 2018 — Vol. 44 N° 202

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3) : volet Santé et Accessibilité aux soins

(Dix heures)

Le Président (M. Merlini) : Bonjour. À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare donc la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle du Conseil législatif de bien vouloir éteindre toute sonnerie de tout appareil électronique.

La commission est réunie ce matin afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé et Accessibilité aux soins du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2018-2019.

Bonjour, Mme la secrétaire. Y a-t-il des remplacements ce matin?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Girard (Trois-Rivières) sera remplacé par M. Rousselle (Vimont); Mme Nichols (Vaudreuil), par M. Plante (Maskinongé); Mme Simard (Charlevoix—Côte-de-Beaupré), par M. Morin (Côte-du-Sud); et Mme Vallières (Richmond), par Mme Rotiroti (Jeanne-Mance—Viger).

Santé et accessibilité aux soins

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la secrétaire. Jusqu'à maintenant, nous avons effectué six des 12 heures allouées pour l'étude de ces crédits. Je vous rappelle qu'il a été convenu de procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et réponses, évidemment, que je tente d'équilibrer entre le temps sur les questions et les temps sur les réponses, en donnant évidemment la chance à M. le ministre de bien répondre aux questions, qui sont très importantes, qui sont posées par tous les députés. La mise aux voix de ces crédits sera donc effectuée ce soir.

Je suis maintenant prêt à reconnaître le groupe parlementaire formant le gouvernement pour un premier bloc d'échange d'une durée de 20 minutes. À qui ai-je l'honneur, ce matin, à donner la parole? M. le député de Vimont, bonjour, la parole est à vous.

M. Rousselle : Merci. Merci, M. le Président. M. le ministre, sous-ministre et... je veux saluer d'ailleurs toute votre équipe, parce que, pour la préparation de crédits, on sait tous que c'est un travail incroyable que vous faites. Donc, merci, tous ceux qui sont en arrière, donc on vous apprécie beaucoup. Même chose pour nous autres, côté chercheurs aussi, ils sont là pour nous aider, nous appuyer, donc on les remercie. Je voudrais saluer mes collègues au niveau gouvernemental, de l'opposition officielle et de la deuxième opposition.

Moi, ce matin, je voudrais vous parler, M. le ministre, concernant ville Laval. Vous savez que je suis le député de Vimont, donc au cœur de Laval. L'Hôpital Cité-de-la-Santé est dans ma circonscription, donc c'est un hôpital que je vois régulièrement, parce que, quand je me promène dans ma circonscription, je le vois facilement d'un peu partout où je suis.

Je vous dirais qu'où je vais vous parler c'est au niveau... Heureusement, moi, je me considère chanceux d'être à Laval, parce que, écoutez, six supercliniques qui ont vu le jour chez nous. Je sais qu'on avait déjà parlé, à un moment donné, dans les années passées, d'en avoir quatre, et, d'en avoir six, on est vraiment heureux. On sait tous que la population de ville Laval grandit aussi, donc les six supercliniques sont les bienvenues. Beaucoup de gens parlaient : Bien, moi, je n'ai pas de médecin de famille, à quelle place que je peux aller? Ou : Les heures d'ouverture des cliniques, de GMF ne vont pas la fin de semaine, elles ne vont pas le soir.

Maintenant, c'est chose du passé, puis c'est grâce à votre travail, M. le ministre, parce que maintenant, à tour de rôle, justement, les supercliniques font justement le soir, font les fins de semaine. Et maintenant, la population de Laval, je pourrais vous dire qu'elle est mieux desservie au niveau de la santé, et ça, c'est grâce, justement, à ces supercliniques-là qui aident beaucoup. Nous, on en a six. On a le GMF Concorde, on a le GMF Centre médical Laval, on a le GMF Médicentre Chomedey, le GMF Sainte-Dorothée, le GMF Sainte-Rose et le GMF Polyclinique Fabreville. Donc, pour ceux qui connaissent ville Laval, ça, ça veut dire qu'il y en a partout dans Laval. Donc ce n'est pas juste dans un secteur, c'est vraiment... toute l'île de Laval, l'île Jésus, si on peut l'appeler ainsi, est couverte vraiment par les supercliniques, et, comme je vous dis, la population est bien heureuse de ça.

Il y a aussi, qui a vu apparition, pour supporter, justement, toutes ces supercliniques-là, mais aussi pour donner l'offre au système de la santé à Laval... c'est le projet pilote Rendez-vous Santé. Je pense que c'est un bel endroit pour faire des projets pilotes, à Laval, dû au fait qu'on est une ville, une île, on est vraiment... on est une MRC, on est vraiment... c'est facile, partir, parce qu'on ne fait pas partie d'un endroit où il y a 14 municipalités, on en a une.

Donc, le projet pilote, qui couvre justement... puis ça, ça fait de roder davantage le système et pour, après ça, l'étendre graduellement à toutes les autres régions du Québec, bien, je vous... puis les centres que je vous ai mentionnés tantôt, ils en font partie, justement. C'est vraiment un endroit où les gens peuvent prendre rendez-vous facilement, et, à ce

moment-là, ils n'ont pas besoin de faire la file d'attente, à ce moment-là, ils savent à quelle heure se présenter justement aux supercliniques, et puis c'est encore mieux.

Je voudrais juste vous citer, M. le ministre, j'ai pris ça, justement, dans un journal de chez nous : «Avec l'implantation de ces six supercliniques et [...] la première étape de Rendez-vous santé Québec, la population de Laval est aux premières loges des changements que nous [pouvons] apporter dans l'ensemble du réseau en ce qui concerne l'accessibilité des services d'un médecin de famille. Ce sont des gestes que nous posons en vue d'offrir des services plus accessibles à l'ensemble des Québécoises et des Québécois. Avec ce projet, nous offrons concrètement une autre option à l'hôpital, notamment les soirs et les fins de semaine. Je salue les médecins et professionnels de la santé qui ont décidé de s'embarquer dans ce projet qui aura nécessairement un impact positif pour la population.»

Et je peux vous dire que, oui, il y en a un, un impact positif, et j'en entends parler, parce qu'avant je pourrais vous dire, à ma circonscription, j'avais beaucoup de téléphones qui me disaient : M. Rousselle, on n'a pas de médecin de famille encore, c'est toujours l'hôpital puis, bon... Bien, je peux vous dire que depuis ce temps-là, depuis aussi... avec ce système-là de prise de rendez-vous comme ça, bien, je n'en ai plus de ces téléphones-là. Et sûrement... puis je le sais aussi qu'au niveau des médecins de famille, ça s'est amélioré grandement à Laval, parce que justement, comme je vous le dis, je n'en ai plus, de ces téléphones-là. Les gens, je les rencontre, et puis : Aïe! Jean, ils m'ont appelé, j'ai un médecin de famille maintenant, ou : Aïe! Jean, j'ai été dans une superclinique, je n'ai pas attendu, j'ai pu prendre mon rendez-vous. Eh bien, tout ça a pour objectif de faire de la place à l'hôpital, parce que, là, les gens qui vont là pour un petit bobo, quoi que ce soit, bien, je pense qu'ils peuvent vraiment se déplacer dans ces supercliniques-là.

C'est sûr qu'il y a une éducation à faire à la population, dans le sens que les gens, par habitude, vont : Ah! j'ai un problème, je m'en vais à l'hôpital. Mais je pense que c'est une habitude qu'il va falloir changer, mais je me suis rendu compte, parce que j'ai dû aller à l'hôpital dernièrement pour mon père, et puis pas besoin de vous dire que j'ai été à la Cité-de-la-Santé, et puis je me suis rendu compte, justement, que les gens qui ont de petits problèmes, qui peuvent vraiment facilement aller dans les supercliniques, bien, sont redirigés vers les supercliniques. Donc, je pense que c'est une habitude que les gens vont prendre graduellement, et puis, bien, c'est parfait. Je veux dire, c'est comme ça qu'on va pouvoir, justement, garder l'hôpital pour des cas plus sérieux. Donc, à ce moment-là, l'attente devrait s'améliorer.

Il y a aussi l'investissement qu'on a fait en santé aussi pour diminuer l'attente dans les hôpitaux. C'est les 224 nouvelles places en CHSLD à Laval... bien, c'est sûr que, quand les lits sont pris, comment on peut accepter de nouveaux patients? Donc, je pense que le fait de pouvoir se donner de la place à l'intérieur de l'hôpital, bien, les médecins... Moi, je le sais entre autres puisque mon épouse était infirmière, donc je le sais, qu'il y a des lits qui sont attachés à des médecins et... bien, c'est ça, quand tous les lits sont pris, bien, comment je peux prendre un nouveau patient?

Donc, avec ça, en trouvant 224 nouvelles places en CHSLD, bien, veux veux pas... c'était 128 places pour une clientèle âgée de lourde perte d'autonomie et 96 places pour une clientèle âgée en perte d'autonomie moins importante. Donc, ça, veux veux pas, ça fait vraiment de la place, et c'est encore une fois... c'est les gens de Laval et des environs de Laval, parce que je ne peux pas vous dire qu'il n'y a pas personne à l'extérieur de Laval qui ne viennent pas chez nous, mais au moins ça fait plus de place, comme je vous le disais, pour des opérations pour des gens qui sont vraiment en attente de places.

Dernièrement, bien, on le sait, vous avez aussi fait une inauguration concernant le nouveau centre d'endoscopie à l'Hôpital Cité-de-la-Santé, donc prévention, et tout, encore des services que je sais que ma population de Laval... mais, en plus, ma famille va là, justement, à l'Hôpital Cité-de-la-Santé. Donc, j'ai été le voir, le centre, justement. C'est vraiment intéressant parce que ville Laval, avec son Hôpital Cité-de-la-Santé, bien, on devient comme autonomes. Les gens, de plus en plus, à ville Laval peuvent rester à Laval, ne sont pas obligés d'aller, justement, à Montréal pour se faire soigner, que ça soit au niveau du cancer, que ça soit de l'endoscopie, bien, je veux dire... et de tous les autres services, bien, enfin, ville Laval, justement, a son hôpital, et je pense que la population est bien contente. D'ailleurs, je ne sais pas si vous connaissez ville Laval, mais à Vimont, alentour de la Cité-de-la-Santé, il y a beaucoup de résidences de personnes âgées, et les gens... je peux vous le dire, c'est des résidences que je visite souvent, et les gens, justement, ils se sentent rassurés, justement, par la grande qualité que la Cité-de-la-Santé puisse donner en qualité de soins.

• (10 h 10) •

Et tout dernièrement, bien, on le sait tous que vous avez fait une belle annonce que j'étais présent justement pour la Cité-de-la-Santé. C'est une annonce d'un grand projet de modernisation de la Cité-de-la-Santé. Moi, je me rappelle, la Cité-de-la-Santé, au moment qu'elle s'est ouverte... qu'elle est ouverte, je faisais encore... je n'étais pas ici à ce moment-là, mais, dans ce temps-là, on faisait même de l'ambulance pour vous rappeler dans le temps, là. Donc, mes cheveux blancs me trahissent, mais c'est sûr que ça fait un bout déjà de ça. Et l'hôpital, à ce moment-là, quand elle est ouverte, elle a été... Écoutez, c'était un hôpital moderne, c'était vraiment bien. Mais là, ça fait déjà un certain temps, puis je pense qu'effectivement elle a besoin d'un coup de rajeunissement et, en même temps, bien, elle a besoin aussi d'agrandir parce que la population de Laval grandissant, bien, elle a besoin de plus de place. Et puis je suis très heureux que justement une enveloppe de 10 millions ait été autorisée, justement, pour réaliser le dossier d'opportunité de ce projet-là qui est inscrit, justement, au Plan québécois des infrastructures, donc... Parce que les gens vont dire : Oui, mais c'est-u inscrit, ça? Oui, c'est inscrit, et je peux vous dire qu'on va en avoir grand besoin de cette amélioration-là, parce que le coût global estimé pour le projet... Le coût, c'est sûr que c'est un coût estimé, mais c'est de 300 à 350 millions, là, tu sais. C'est des modifications mais vraiment majeures qu'il va y avoir.

Donc, écoutez, moi, M. le ministre, je pourrais continuer et continuer, mais vous pouvez voir que je suis vraiment emballé par les investissements que vous faites à Laval, et puis que justement le taux au niveau de l'attente à l'urgence a diminué, que les Lavallois, Lavalloises ont de meilleurs services. Mais moi, j'aimerais savoir entre autres, à ville Laval... vous, vous avez sûrement des rencontres avec les médecins de Laval, vous avez sûrement... Je voudrais savoir

comment que les médecins ont décidé vraiment d'embarquer chez nous, parce que je peux le voir, là, justement, j'en parle à des médecins, les médecins sont contents de ces projets-là. Mais j'aimerais vous entendre là-dessus, sur la suite des choses, justement, des investissements de Laval et les projets que vous avez annoncés.

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, neuf minutes.

M. Barrette : Alors, merci, M. le Président. Alors, c'est vraiment intéressant que mon collègue aborde ce sujet-là de la façon régionale, parce qu'évidemment mon collègue, il est député dans cette région administrative là qui est celle de Laval. Et c'est intéressant parce que, vous savez, la réforme que l'on a choisi de faire, c'est une réforme dite de proximité. J'y ai fait référence à plusieurs reprises hier, je vais le faire encore aujourd'hui en y ajoutant un angle qui est très, très important, parce que, quand on dit proximité, on dit aussi administration territoriale. Et par expérience, parce qu'on me demande essentiellement comment ça s'est passé sur le terrain, par expérience, les gens à Laval, ils sont victimes de leur situation géographique et de leur succès, et l'un va avec l'autre. Leur situation géographique, c'est connu, peut-être pas par tout le monde vraiment, mais certainement pas vécu par tout le monde à l'extérieur de Laval. Laval, c'est une île, comme Montréal, et le fait d'être une île qui est configurée comme elle l'est, il y a un sentiment d'appartenance qui existe à Laval, mais c'est une île qui est bordée de deux régions significatives : évidemment, au sud, Montréal qui est aussi une île, et au nord, les Basses-Laurentides.

Ça a des conséquences parce qu'à Laval les gens tentent d'être autonomes en termes d'organisation et de dispensation de soins. Ils tentent ça mais ils sont mis à contribution de façon significative, un peu par Montréal... Peu de gens vont vers Laval de Montréal quand on regarde les statistiques, mais beaucoup de gens viennent des Basses-Laurentides et Laurentides à Laval, ce qui fait que Laval a une pression, au sens statistique du terme, populationnelle qui dépasse ses propres frontières insulaires que sont les rivières qui entourent Laval.

Malgré tout, la réforme que l'on fait, qui a créé des CISSS et des CIUSSS, bien, le CISSS de Laval est un succès en termes d'intégration et de coordination de tous ces services-là. Et quand, cher collègue, quand vous me posez la question : Est-ce que je leur ai parlé, puis comment on explique tout ça?, bien, il y a une réponse, qui est très, très simple, c'est le leadership. Et le leadership, dans une organisation de CISSS, de centre intégré de santé et de services sociaux, le leadership, c'est sûr que ça doit venir au moins d'en haut, mais ça vient aussi de la collaboration sur le terrain, et, à cet égard-là, la collaboration des médecins a été exemplaire.

Et je vais simplement raconter un peu l'histoire de la mise en place des fameuses supercliniques. Quand nous sommes arrivés avec cette proposition-là sur le terrain, il fallait que le programme parte. Et l'objectif ou la façon de faire était de prendre de premiers arrangements dans un endroit le plus dynamique possible et collaborateur possible pour avoir un effet d'entraînement dans le reste de la province. Et c'est la raison pour laquelle on est allés à Laval en premier, mais on est allés à Laval en premier parce qu'il y avait et il y a encore la même personne, une présidente-directrice générale du CISSS, Mme Caroline Barbir, et une direction des services professionnels, Dre Opatny, qui maintenant fait partie de mon équipe et qui est présente ici ce matin, une équipe extraordinaire en termes de leadership.

Le leadership, ça, ça veut dire capacité de communication et d'organisation avec les gens sur le terrain et à l'extérieur de l'hôpital. Et, très surprenamment, vous allez être surpris de ça, sans aucun doute, mais c'est Mme Barbir qui m'a abordé en premier. Alors que je mettais en place le concept des supercliniques, la première personne qui s'est levée dans la direction pour aller de l'avant avec ça et qui a fait les premières approches, c'est Mme Barbir elle-même, parce qu'elle y croyait. Et c'est un peu pour ça que ça a été un succès, parce que un, elle y croyait et, en plus, elle avait une relation absolument exemplaire avec le réseau, qui a répondu, lui, les médecins, là, dans les cliniques que le collègue, M. le Président, a nommées, une collaboration qui était absolument et qui est encore aujourd'hui tout à fait exemplaire.

Ce qui fait que, quand j'ai eu à avoir mes premières rencontres avec ces gens-là, tant de l'administration hospitalière que des directions de clinique médicale, bien, c'est allé à une grande vitesse. Et, on le sait aujourd'hui, l'effet d'entraînement recherché a eu lieu, puisque d'ici une semaine, par exemple... On sait qu'il y a eu plusieurs supercliniques qui se sont ouvertes au Québec. D'ici un peu plus d'une semaine, on dépassera la marge de 40. On va bientôt annoncer notre 40e. Et nous, qui nous étions engagés à en mettre une cinquantaine, on va y arriver et on va franchir la marque de 40 d'ici un peu plus d'une semaine, ce qui est un exploit.

À Laval, bien, Laval a une population qui lui est propre pour des raisons géographiques. Laval est une région normale, en ce sens qu'il y a une répartition populationnelle qui respecte la démographie que l'on connaît au Québec. Et Laval, pour ceux et... Mon collègue a mentionné le fait qu'il a fait sa carrière prépolitique à Laval comme policier, alors il est bien placé pour savoir l'évolution populationnelle de Laval. Laval, là, c'est une région qui est partie de moins de 300 000 personnes à maintenant près de 500 000 et qui a un hôpital qui n'a pas grandi physiquement et en capacité, et c'est la raison pour laquelle on a répondu à cette évolution-là démographique et populationnelle en termes de distribution de la population. On a répondu par un investissement, effectivement, de plus de 300 millions de dollars pour faire passer la capacité de l'hôpital, qui est d'environ 400 lits à environ et même un peu plus de 500 lits, parce que la population ayant augmenté, bien, évidemment, il faut s'adapter. Si on fait une réforme de proximité, on doit s'adapter pour s'assurer de fournir la possibilité de dispenser les soins ou encore les investigations sur place, sur l'île de Laval, dans des installations modernes. Alors, c'était dû.

Et ça, quand on regarde tout ça, bien, l'ensemble de cette oeuvre-là, bien, ça fait qu'on a un réseau qui est vraiment intégré, avec une administration qui voit tous les angles en même temps et qui pose les gestes qui ont à être posés, parce qu'il y a une équipe là-bas qui est dans cet état d'esprit là. Alors, la collaboration, par exemple, entre les bureaux de médecins et l'hôpital, elle est optimale. L'hôpital, par exemple, envoie régulièrement de son personnel dans les résidences de personnes âgées avoisinantes et les CHSLD pour ne pas que ces gens-là viennent à l'hôpital surcharger le fonctionnement de l'urgence, par exemple.

J'aurais plein, plein, plein d'exemples à vous donner, peut-être qu'on y reviendra un petit peu plus tard, sur le succès qu'est le CISSS de Laval. Ce n'est pas le seul succès, il y en a plein, mais à Laval ça a été un succès, parce que sur le terrain, à tous les niveaux, il y a eu des gens qui se sont levés, qui ont embrassés la réforme que l'on est en train de mettre en place, et le mérite revient à tous ces gens-là qui ont choisi de faire de la réforme un succès sur le territoire de Laval.

Et le collègue mentionnait le rodage que l'on fait actuellement du système RVSQ, et là aussi, les commentaires que l'on a des utilisateurs dans le grand public sont éminemment positifs. Alors, on parle de transformation, elle est en train de se faire et des résultats positifs se voient déjà, sont déjà au rendez-vous, et ce n'est que le début, M. le Président.

• (10 h 20) •

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce premier bloc d'échange avec le gouvernement ce matin. Nous allons maintenant du côté de l'opposition officielle. Mme la porte-parole de l'opposition officielle en matière de Santé... non, c'est à votre tour, Mme la députée. Effectivement, Mme la députée de Taillon, vous avez un bloc de 20 minutes. À vous la parole.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'en suis très honorée, je croyais que mon tour était différé. Alors, merci.

Alors, premier sujet que j'aimerais aborder avec le ministre, c'est quand il y a eu la Grande Inscription que le ministre a annoncé à l'automne. Voyant que la cible du 85 % de patients qui... de citoyens qui devaient avoir accès à un médecin de famille le 31 décembre 2017 ne serait pas atteinte, il a annoncé une Grande Inscription. Grande Inscription, c'était une façon de gonfler, entre autres, les chiffres, jusqu'à un certain point, puisque ce qu'il disait, c'est... aux médecins : Prenez, inscrivez des gens, et je vous donne jusqu'à trois ans pour pouvoir les voir dans la vraie vie.

Donc, ça veut dire qu'actuellement, dans les chiffres que le ministre annonce en termes de patients qui ont un médecin de famille, bien, il y en a beaucoup qui n'ont pas nécessairement été vus par un médecin encore. C'est comme une combinaison de deux noms, un patient et un médecin, mais ce qui est étonnant, c'est qu'on a donné aux médecins trois ans pour voir ces patients-là.

Ma question est : Est-ce que les médecins ont touché la prime tout de suite, la prime d'inscription, qui est entre 100 \$ et 200 \$, selon l'intensité des soins du patient ou son niveau de... le niveau auquel il est coté? Est-ce que les médecins ont touché la prime de 100 \$ à 200 \$ d'inscription tout de suite, même s'ils ont jusqu'à trois ans pour voir un patient, ou si ce ne sera que quand ils verront effectivement le patient que, là, ils toucheront la prime d'inscription?

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

M. Barrette : M. le Président, je comprends qu'on est tôt le matin, peut-être que c'est une question de prendre son café ou de ne pas le prendre, mais j'aurais pu invoquer l'article 35 encore une fois. D'insinuer qu'on fait les mesures pour gonfler des chiffres, ça m'apparaît un commentaire éminemment péjoratif. Alors, je voulais me permettre de prendre un peu de temps pour rectifier les faits.

L'objectif de ce que l'on fait est de faire en sorte que les gens aient accès à un médecin de famille. Pour avoir accès à un médecin de famille et être suivi par le médecin de famille, il faut être inscrit auprès du médecin de famille, ce n'est pas... L'objectif n'est pas de gonfler des chiffres, l'objectif est de répondre aux besoins exprimés par la population et aussi aux critiques exprimées à moult reprises par les oppositions comme je l'entends ce matin, mais l'objectif n'est pas de gonfler des chiffres pour les gonfler. Je trouve ça déplorable. Moi, je pense que les gens qui nous écoutent, le 1,1 million de personnes qui actuellement ont un médecin de famille et qui réussissent à le voir parce que la preuve est faite qu'ils les voient, les médecins, pour la simple et bonne raison que l'assiduité est au rendez-vous. Ce n'est pas artificiel, ça.

Maintenant, notre collègue a choisi cette approche-là que je trouve malheureuse. Maintenant j'invite, et je l'ai dit à plusieurs reprises... je ne l'inviterai pas puisqu'elle est parfaitement au courant qu'il n'y a pas de prime. Il n'y a pas de prime. Alors, quand bien même notre collègue voudrait démontrer à la face de l'univers qu'il y a des primes, il n'y en a pas. Alors, il n'y a pas de médecins aujourd'hui qui reçoivent une prime à l'inscription.

Il y a éventuellement, lors de la visite de prise en charge, une tarification normale, comme tous les tarifs qui existent dans le livre de tarification de la RAMQ, à la visite initiale de prise en charge. Ça, c'est un fait, ce n'est pas une prime, c'est un tarif négocié établi entre les parties, qui reflète la lourdeur du geste qui est posé lors de la visite initiale de prise en charge. Alors, c'est sûr qu'on peut tout décrire comme étant des primes injustifiées et ainsi de suite, c'est un choix politique de la collègue. Je trouve ça malheureux qu'on ne décrive pas les choses factuellement. Un fait démontré, il n'y a pas de prime.

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

Mme Lamarre : Alors, je vais reformuler ma question autrement. Est-ce que les médecins qui participent à la Grande Inscription et qui acceptent d'avoir des patients, est-ce qu'ils reçoivent une forme ou une autre d'argent?

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

M. Barrette : Et je viens d'y répondre, M. le Président, puis je vais répéter ma réponse : Il y a un tarif négocié reflétant la lourdeur de l'acte lorsque l'acte est posé, l'acte étant la visite de prise en charge, visite qui n'est pas elle-même l'inscription. L'inscription et la visite, c'est deux choses. Une inscription, c'est administratif, c'est un patient qui se retrouve sur la liste d'un médecin qui accepte, par le fait même, de le suivre et de le prendre en charge, ce qui est le souhait non

seulement de la population, mais le nôtre aussi parce que c'est comme ça que le système de santé doit fonctionner. Et, à l'inscription, non, il n'y a pas de paiement.

Maintenant, la Grande Inscription, telle que décrite par la collègue, M. le Président, ce n'est pas du tout ça. Alors, comme vous voulez équilibrer le temps, je vais la décrire, la Grande Inscription, à la prochaine question pour partager équitablement le temps avec notre collègue.

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

Mme Lamarre : Le ministre parle d'un acte administratif pour accepter. Est-ce que cet acte administratif là est rémunéré?

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

M. Barrette : Bien, M. le Président, est-ce que vous me permettez de rectifier les concepts? La réponse, c'est non, j'ai déjà répondu. Alors, si je n'ai pas l'occasion... et vous m'arrêtez, là, je vais répondre à la question...

Mme Lamarre : ...entendu la réponse du...

Le Président (M. Merlini) : Il y a eu un...

Mme Lamarre : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui, il y a eu un bruit, veuillez simplement répéter la réponse.

• (10 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, quand bien même on reformulerait, de toutes les manières possibles, la question, le fait d'apparaître sur une liste n'amène pas, ne génère pas une rémunération. Est-ce que j'ai été clair?

Maintenant, la Grande Inscription, M. le Président, ce n'est pas du tout ce que la collègue a décrit, là. Pour que ce soit bien clair, il n'y a pas eu, avant Noël, de Grande Inscription pour gonfler des listes. Ce n'est pas ça du tout. La Grande Inscription, là, elle se fait l'été et en janvier pour deux raisons : ce sont les deux moments où les médecins prennent leur retraite, ce sont les deux moments, conséquemment, où des patients qui sont suivis par un médecin vont voir leur médecin prendre sa retraite, cet homme ou cette femme-là, et, à un moment donné, le citoyen se retrouve dans une situation où il doit chercher un nouveau médecin. Il y a deux moments, dans l'année, où ça arrive. Ça arrive en juillet et ça arrive en janvier, pour des raisons, sans aucun doute, fiscales, je dirais.

Maintenant, pour aider la population, compte tenu du fait qu'en juillet et à la fin de l'automne, à chaque année, arrivent de nouvelles cohortes de médecins en pratique... Le cours de médecine, c'est de juillet à juin, alors, en juillet de chaque année arrivent sur le marché des étudiants, des médecins de famille qui sortent des facultés de médecine. Il en arrive une deuxième cohorte à la fin de l'automne. Quand ces médecins nouveaux facturants là, nouveaux dispensateurs de services arrivent, ce qu'on a proposé de faire à la FMOQ, c'est de prendre les cohortes des médecins qui, à ce moment-là, prennent leur retraite, et de les distribuer sur un mode démographique pondéré, que j'ai décrit hier, sans que la personne ait, elle, à courir après un médecin. On prend les listes, on les refait, on les donne à un nouveau facturant qui, lui, n'a pas à aller courir après des patients. Ça simplifie la vie de tout le monde et ça permet la continuité des services. C'est ce que nous faisons, et, au cas où la question se pose, à nos frais. Il n'y a pas de rémunération pour le médecin à la suite de ça, mais, quand le patient est vu pour sa visite de prise en charge, le médecin est payé comme, normalement, il doit l'être dans un régime qui est celui que l'on connaît, le paiement à l'acte.

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

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. On a vu hier avec le guichet d'accès qu'il faut parfois reposer les questions de plusieurs façons, pendant plusieurs années, avant d'obtenir une réponse vraiment transparente et vraiment complète. Alors, j'entends du ministre qu'il confirme aujourd'hui qu'un médecin qui prend un patient, même dans le contexte où... la Grande Inscription, sur trois ans, pour le voir, ne reçoit aucune rémunération, ni professionnelle, ni administrative, ni sous aucune autre forme. C'est ce que j'entends, M. le ministre. M. le Président, ce sera noté, et on y reviendra, s'il y a lieu d'y revenir, éventuellement.

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

M. Barrette : M. le Président, encore une séance d'insinuation. La seule et unique circonstance où le médecin, pendant trois ans, ne recevrait aucune rémunération, ayant inscrit un patient à sa liste, la seule circonstance qui serait vraiment problématique serait celle où le citoyen en question, le patient, n'aurait jamais vu son médecin pendant trois ans. Ça, ça ne serait pas bon, pas vraiment.

Alors, il faut départager les choses, M. le Président, et j'ai été extrêmement clair. Je vais l'être encore. Un, inscrire, ça ne donne pas un sou. Deux, une visite ponctuelle qui n'est pas une visite de prise en charge, ça donne le paiement attaché à ce type de visite. La visite de prise en charge formelle, qui doit se faire dans la période en question et qui, évidemment, va se faire bien plus tôt que tard, mais, pour des raisons de logistique, surtout pour les jeunes qui arrivent en pratique — ça leur prend du temps, ils arrivent en pratique — cette visite-là, elle est payée à une hauteur x.

Maintenant, quand le patient, là, mettons, à la Grande Inscription, est inscrit à un jeune finissant qui arrive sur le marché, ça ne veut pas dire qu'il n'y aura aucune visite entre le 1er juillet, par exemple, 2018 et le 1er décembre 2018. Ça ne veut pas dire ça. Ça veut dire que la visite de prise en charge, elle doit avoir lieu à un moment donné. C'est une longue visite, une visite d'explication, une visite d'examen, une visite potentiellement d'investigation. Ça, c'est un événement en soi, alors qu'une visite ponctuelle pour une entorse, ce n'est pas ça, une visite de prise en charge. Quand le patient est inscrit, il a le plaisir et le bonheur d'avoir un point de service avec un nom sur la plaque, en bas : Dr Untel. C'est mon médecin, je suis inscrit. Et, à partir du moment où je suis inscrit à ce médecin-là, je peux le voir. Les statistiques le prouvent, le taux d'assiduité est au rendez-vous. Mais la visite de prise en charge formelle, qui, elle, est un moment privilégié dans la relation médecin-patient, cette visite-là doit arriver dans un certain délai, et il y a une tarification qui lui est attachée et qui est appropriée.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Mme la députée, huit minutes.

Mme Lamarre : Est-ce qu'un médecin de famille peut refuser des personnes qui lui auront été attribuées, comme c'est le cas avec les personnes qui se trouvent en ce moment dans les limbes au niveau du guichet d'accès à un médecin de famille?

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

M. Barrette : L'entente que nous avons avec les médecins de famille est très simple. C'est une entente selon laquelle nous allons construire une cohorte de patients, appelons-la une patientèle, c'est un jargon qu'on utilise dans le milieu de la santé, qui est, comme je l'ai expliqué hier, pondérée et démographique. Alors, c'est ça qu'on fait.

Maintenant, dans la pondération, évidemment, on s'assure qu'il n'y ait pas un déséquilibre du côté de tel ou tel type de la clientèle. Le médecin peut demander et certainement apporter des modifications. Il n'y a pas une situation... Comment dirais-je? Ce n'est pas une militarisation de cette relation-là. Mais, pour refuser la patientèle que l'on construit, il faut avoir des bien, bien, bien bonnes raisons. Alors, il est possible qu'il y ait des raisons valables, mais normalement il ne peut pas.

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

Mme Lamarre : J'ai vu, M. le Président, dans les journaux professionnels, la façon dont le ministre prévoit la pondération pour créer de l'attractivité. Je donne des exemples concrets à la population pour qu'ils comprennent bien. Par exemple, un nouveau médecin pourrait prendre 80 patients de 80 ans. Il peut en prendre 250 qui ont entre 50 et 65 ans. Il peut en prendre 300 qui ont entre 40 et 50 ans. Alors, on voit que cette façon d'établir ça, cette clientèle et cette répartition pondérée là... Tantôt, le ministre disait : Quand un médecin prend sa retraite, il apporte sa clientèle, et donc il apporte les patients à ce jeune médecin. Alors, si le médecin qui a pris sa retraite avait 200 patients de 80 ans et que, dans la répartition, le ministre a prévu qu'il y aurait seulement 80 patients de 80 ans, qu'est-ce qui arrive avec les 120 autres patients de 80 ans, qui, il me semble, devraient être considérés comme des patients vulnérables, priorités, et jamais laissés pour compte dans un système de santé qui se prétend équitable?

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

M. Barrette : Le système de santé ne se prétend pas équitable. Il est équitable. Il est imparfait, mais il est équitable. Maintenant, on va distinguer deux choses. Ce à quoi réfère la collègue, c'est à propos du comportement des médecins face à la construction de leur patientèle. Ce dont je parle dans la Grande Inscription est bel et bien autre chose, c'est-à-dire la construction d'une patientèle basée sur des critères spécifiques, clairs et nets.

Alors, je vais dire précisément quels sont les paramètres, et ça va être extrêmement précis. Une patientèle équilibrée démographiquement parlant, ça veut dire qu'elle doit refléter la démographie de la population. Au Québec, il y a 18,5 % des gens qui ont plus de 65 ans. Il y a approximativement 20 % qui ont plus de 60 ans. Mais revenons à 65 ans et plus. Et après, là, quand on regarde la distribution des âges par décennie, il y en a environ 13 %, par décennie. Il y a un pic à un moment donné, là, entre les deux, là, mais, approximativement, c'est ça, la réalité au Québec, ce qui fait qu'un médecin qui aurait une cohorte construite pour une patientèle de 1 000 patients, ça, c'est tout à fait possible. Un médecin qui fait de la prise en charge et qui fait un peu d'hôpital, d'urgence, par exemple, c'est 1 000 qu'on lui demande. Ça signifie qu'il va avoir 180 patients pondérés de plus de 65 ans et 130 par décennie : 130 de 50 à 59, 130 de 40 à 49, 130 de 30 à 39, et ainsi de suite. Pourquoi? Parce que cette répartition-là fait en sorte que le médecin aura un équilibre et une pression raisonnable. On comprendra qu'environ la moitié de la patientèle va avoir moins de 40 ans et on comprendra... Tout le monde va comprendre qu'en bas de 40 ans, là, quand on a 17, 18 ans, 25 ans, il n'y a personne qui va voir le médecin à chaque année et qui a besoin d'aller voir le médecin à chaque année. Et on comprendra évidemment qu'au-dessus de 65 ans c'est le contraire.

Maintenant, la pondération fait en sorte qu'on sait que les patients vulnérables sont, en général, plus âgés. Alors, s'il advenait que les 180 patients que je viens de nommer, démographiquement parlant, sont tous vulnérables, ils comptent pour deux. Alors, ce médecin-là aura l'équivalent pondéré de 1 000 patients, mais, dans les faits, dans l'exemple que j'ai donné, 90 patients de plus de 65 ans et, oui, 130 par décennie, ce qui fait une pratique équilibrée parce que, par exemple, le nombre de visites annuelles d'un patient de 70 ans au Québec, c'est approximativement cinq à six visites par année, au-dessus de 85 ans, c'est 11, 12, 13 visites par année, et c'est normal, alors qu'à 17 ans c'est peut-être une fois par cinq ans. C'est ça, une

pratique qui est pondérée et démographiquement bien organisée. Et c'est ça que nous offrons aux médecins qui arrivent en pratique à partir du mois de juillet.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Mme la députée, 2 min 10 s.

Mme Lamarre : Bien, M. le Président, on constate que le mode de rémunération actuel, qui a été largement promu, étiré comme un élastique, vraiment, contribue à dénaturer l'exercice de la profession médicale, qui a comme objectif premier, je pense, de soigner les malades. C'est ça, le premier objectif d'un médecin. Et, quand on a 20 % de la population qui n'a pas accès à un médecin de famille, quand, dans ces personnes-là, on a des gens très âgés, des gens très jeunes, des gens très vulnérables de tous âges, eh bien, on se rend compte que cette façon de répartir les choses, comme le fait le ministre, de façon très mathématique, exclut des gens très vulnérables, très malades d'un accès à un médecin de famille. Et ça, c'est pathétique et c'est très triste pour la population du Québec. Et c'est ce qui cause l'indignation des Québécois actuellement, cette façon calculée de donner aux médecins la possibilité d'agir de cette façon-là, parce que, spontanément, les gens qui choisissent l'exercice de la médecine, c'est pour pouvoir voir des gens malades pour les guérir, pour les soigner.

Et donc cette façon d'influencer des catégories de patients, des limites, des quotas partout, ça dénature la profession même médicale. Je ne pense pas que des infirmières puissent choisir les patients en fonction de leur niveau de vulnérabilité. Je ne pense pas que d'autres professionnels puissent le faire. Mais la façon dont le ministre a géré la rémunération des médecins au Québec fait en sorte qu'il amène ce genre de comportement complètement déviant. Et ça fait que, dans les régions comme Hochelaga-Maisonneuve, par exemple, où il y a désert médical, on a un demi-médecin nouveau qui va arriver, là, l'équivalent d'un demi-temps complet qui va être là parce que les médecins se sentent totalement coincés par ces mesures très administratives, très techniques et qui ne tiennent pas compte de la vraie réalité et des vrais besoins des Québécois. Si le ministre laissait les médecins répondre aux besoins des Québécois en ayant, avec des équipes, une rémunération globale...

• (10 h 40) •

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un autre bloc de 20 minutes. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, à vous la parole.

M. Chevarie : Merci, M. le Président. Bon matin à tout le monde. Peut-être que, oui, j'aimerais laisser quelques minutes au ministre de la Santé.

Le Président (M. Merlini) : Certainement, M. le député des Îles. M. le ministre.

M. Barrette : Oui, merci, M. le Président. Merci, collègue des Îles-de-la-Madeleine. C'est vraiment extraordinaire. Si j'étais un adolescent, je dirais ceci à la collègue suite à sa dernière intervention. Je dirais : Il n'y a pas rap. Ça n'a aucun rapport, là, la rémunération, avec les constats que l'on fait et la mécanique qu'on met en place. Ça n'en a pas, là. Je vais vous donner deux, trois exemples, M. le Président. Nous venons d'entendre la collègue nous dire que les médecins, parce qu'ils sont rémunérés de la façon dont ils sont rémunérés, n'agissent pas correctement en termes de prise en charge des patients vulnérables. 97,4 %, en date d'aujourd'hui, des citoyens de 80 ans et plus sont pris en charge, 95,9 % de 70 à 79 ans, 60 à 69, c'est 89 %. Est-ce que c'est parfait? Non. Est-ce que c'est près de la totalité? Évidemment.

Moi, je ne sais pas comment qu'on peut qualifier le comportement des médecins quand 97 % de la population ciblée, les plus vulnérables, sont inscrits et pris en charge. Je ne suis pas capable de faire le lien, moi, avec le mode de rémunération. À sa face même, ça marche. Et de me faire reprocher implicitement par la collègue de mettre en place une mécanique raisonnable qui prend en compte et les enjeux du médecin et les enjeux du public pour s'assurer de la continuité des services quand un médecin prend sa retraite, me faire reprocher de poser ce geste-là qui n'a comme objectif et résultat d'améliorer la situation des citoyens et citoyennes du Québec, bien, c'est une drôle de politique.

Puis, en quelque part, je suis content d'avoir cet échange-là avec la collègue parce qu'on est en période électorale, et les gens jugeront qui dit la chose la plus raisonnable et la plus engagée pour le bénéfice de la population. Est-ce que la population veut avoir des accroies ou ils veulent avoir des approches structurées, raisonnées, et des gens qui vont les mettre en application? Moi, je peux dire ça des actions qu'on a posées dans notre gouvernement dans tous les secteurs.

J'arrête là-dessus, M. le Président. Je renvoie la parole à mon collègue, si vous le permettez.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, il reste 17 min 30 s à votre bloc d'échange.

M. Chevarie : Merci, M. le Président. Je pense, c'était important que le ministre de la Santé et des Services sociaux fasse le point sur la dernière intervention de ma collègue de la première opposition.

Je veux aborder avec vous, M. le ministre, M. le Président, les investissements en santé mentale. Et j'aimerais, dans un premier temps, présenter un peu la définition de la santé mentale émise par l'OMS, Organisation mondiale de la santé. Et, comme on sait, les troubles mentaux sont présents dans le monde entier, dans toutes les sociétés et communautés, et ce sont des enjeux importants pour les différents pays, pour les ministères de la Santé, d'avoir une capacité d'investissement pour répondre à l'ensemble de l'organisation et au déploiement des services qui se font pour soutenir les personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux. Et on sait que les coûts sont assez importants, substantiels, mais évidemment ça fait partie de nos responsabilités, comme toute intervention pour répondre aux besoins des personnes qui sont affectées par la maladie physique.

Donc, l'Organisation mondiale de la santé définit les troubles mentaux comme ceci. C'est une affectation significative qui a des impacts sur le changement de mode de pensée, sur le changement de l'humeur et du comportement associé à une détresse psychique et/ou une altération des fonctions mentales. Et, bien sûr, l'OMS définit la santé de façon globale, la santé mentale comme une composante de la santé globale d'un individu parce que la santé, c'est le bien-être physique, c'est le bien-être mental et social.

En ce qui concerne... Si on revient au Québec plus précisément, et, je dirais, l'évolution ou le cheminement qui a été fait par le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de santé mentale, ça date déjà de plusieurs années... par un plan, particulièrement un plan d'action, qui était assez costaud, en 2005-2006, où, vraiment, on a précisé des objectifs de consolider les services existants et également de développer des nouveaux services pour être plus présents et avoir un déploiement de services et de réponses plus près des personnes et plus proches de la réalité en termes de soutien. Et, en 2015, en octobre, il y a eu un renouvellement de l'engagement gouvernemental et du ministère par un nouveau plan d'action, le plan d'action 2015-2020, qui s'intitulait *Faire ensemble et autrement*, un plan, encore là, extrêmement intéressant, ce qui a apporté des améliorations assez significatives en matière d'accès aux services de première ligne et la mise en place de ce qu'on a appelé des soins de collaboration.

Alors, ce que j'aimerais... Il y a toute une série d'investissements qui a été faite, particulièrement à partir de 2012, où on a augmenté... On a investi davantage dans les services de santé mentale. En 2017-2018, le gouvernement a injecté des investissements supplémentaires de plus de 91,5 millions en santé mentale, dont 15 millions pour le suivi intensif dans le milieu, 10 millions pour les premiers épisodes psychotiques, 15 millions pour les services de proximité et la protection de la jeunesse et 35 millions pour la mise sur pied d'un programme d'accès gratuit à la psychothérapie pour les troubles mentaux.

Alors, ma question, M. le Président, serait la suivante. On est en plein exercice de crédits budgétaires. Pour l'année 2018-2019, est-ce qu'on peut préciser quels sont les ajouts de crédits budgétaires qu'il a été convenu pour le programme de santé mentale et peut-être faire un peu une rétrospective de quels sont les principaux services qui sont mis en place actuellement pour les personnes qui sont touchées par un trouble mental?

• (10 h 50) •

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Je suis bien d'accord avec notre collègue des Îles-de-la-Madeleine. Il y a lieu ici de faire un bilan de nos actions dans cette législature-ci parce que je pense que, de mémoire, là... En fait, je ne pense pas, je suis convaincu que, de mémoire, il n'y a probablement pas un gouvernement qui a fait autant en santé mentale et qui s'est engagé dans autant de changements, de changements dans le sens d'améliorations, d'augmentation de la capacité et d'amélioration de l'organisation des services nouvellement offerts à la population. Et ça, c'est le résultat du travail d'une équipe qui a mis beaucoup d'efforts pour en arriver où on est rendus aujourd'hui et qui a dû nous convaincre, mais ça n'a pas été trop dur, quoique ça a été dur un petit peu, d'aller de l'avant avec certaines transformations, parce que ce n'est pas toujours simple à expliquer et à mettre en place. Que ce soit le plan d'action en santé mentale, que nous avons déposé en 2015, jusqu'à la dernière... le dernier geste qu'on a posé pour la couverture des soins de psychothérapie, ce n'est pas simple, cette affaire-là.

Et, s'il y a consentement, M. le Président, j'aimerais pouvoir passer la parole à l'architecte de ces changements-là, à savoir Dr André Delorme, là, qui est le directeur général de la Direction des services de santé mentale et de psychiatrie légale au ministère, et qui est, donc, comme je vous le dis, celui qui a dessiné et mis en place toutes ces mesures-là en date d'aujourd'hui et... là pour le futur.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Est-ce que j'ai le consentement des membres de la commission pour permettre à M. Delorme de s'adresser à la commission? Consentement. Alors, M. Delorme, s'il vous plaît vous identifier pour les bienfaits de l'enregistrement et ensuite aller à la question du député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Delorme (André) : Bien, M. le Président. André Delorme. Je suis directeur général des services de santé mentale et de psychiatrie légale au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Permettez-moi, M. le Président, de peut-être aller un peu plus loin de ce que le député vient de dire en termes de situation du problème de la santé mentale. Je ne veux pas noyer le groupe ici avec des statistiques, mais je pense qu'il y a quand même quatre éléments qui sont fondamentaux et qui, vraiment, illustrent la nature du problème et sa gravité.

D'abord, l'Organisation mondiale de la santé nous explique que les troubles mentaux seront bientôt la première cause d'invalidité à travers le monde, si ce n'est pas déjà le cas. Alors, ce n'est pas banal, là. C'est la première cause d'invalidité.

C'est également, probablement, actuellement, la deuxième cause de coûts de morbidité. Les coûts de morbidité, M. le Président, c'est les coûts en perte de travail, en perte de productivité, en mortalité précoce et ainsi de suite. Et donc les troubles mentaux sont devenus, au fil des années, actuellement la deuxième cause de morbidité au Canada et dans les pays occidentaux, tout juste derrière les maladies cardiaques et, avec tout le respect que j'ai pour les citoyens qui peuvent souffrir d'un cancer, le double de tous les cancers réunis. Donc, les troubles mentaux représentent le double de tous les cancers réunis. Alors, ça vous donne vraiment l'ampleur des coûts que ça représente pour la société.

Un autre chiffre qui, moi, me sidère à chaque fois que je l'énonce, c'est que 50 % des troubles ou des maladies qu'on retrouve chez les adultes, les maladies mentales, sont apparus chez les jeunes avant l'âge de 14 ans. Donc, dans cette Assemblée, dans cette ville, dans cette province, il y a un nombre important de personnes... Une personne sur cinq aura un trouble mental au cours de sa vie, et 50 % de ces pathologies-là sont apparues avant l'âge de 14 ans. Donc, ça veut dire que, quand nos jeunes sont à l'école en train de se former, en train de devenir des citoyens de demain, un sur quatre, un sur cinq aura déjà un trouble mental.

Et le dernier élément que je veux apporter à votre attention, M. le Président, ce sont les délais avant l'apparition de la maladie et la capacité de se faire poser un diagnostic approprié, et ça varie, selon les maladies, de huit à 20 ans. J'ai bien dit de huit à 20 ans. Et donc imaginez si on avait des délais de cette ampleur-là pour quelqu'un qui a un diagnostic de cancer juvénile ou un diabète juvénile, là, et qu'on pose le diagnostic huit, 10, 12 ans plus tard, imaginez-vous la souffrance, la perte de capacité de faire ses fonctions, de participer socialement, sportivement, scolairement avec ses collègues, c'est immense. Et donc il y a un effort important, et je pense que c'est ce que visent, entre autres, plusieurs mesures du plan d'action.

Alors, dans le plan d'action 2015-2020, il y avait 40 mesures. On en est à peu près à 50 % de ces mesures-là qui ont été déployées à date. Je ne veux pas faire la liste des mesures, mais je veux quand même revoir avec vous, M. le Président, je dirais, les grands thèmes autour de certaines de ces mesures-là qui viennent renforcer certains thèmes.

Alors, le premier thème, et c'était parmi les premières mesures dans le plan d'action, ce sont les mesures qui touchent à la primauté de la personne. Qu'est-ce que c'est que la primauté de la personne? C'est la préoccupation qu'on doit avoir, comme réseau de services, comme intervenants, comme professionnels, pour, d'une part et d'abord, avant tout, respecter les droits de l'individu. Chaque individu a un certain nombre de droits. Je m'adresse ici à des législateurs. Alors, je pense qu'ils connaissent bien le principe. Et cette volonté que le législateur émet lorsqu'il légifère, ça doit se traduire par un certain nombre d'actions qui respectent cette législation, et les lois qui touchent aux personnes qui ont des troubles mentaux sont des droits assez complexes.

Et donc les premières mesures touchaient à vraiment s'assurer que les établissements mettent en place des plans d'action pour être capables de bien former leur personnel pour que les droits de chaque individu qui se présente à l'urgence, dans une clinique externe, qui est hospitalisé, au CLSC, et ainsi de suite, là, soient bien respectés, toujours dans une visée de permettre à l'individu de cheminer en fonction de ses propres objectifs, de ses propres volontés, et c'est ce qu'on appelle essentiellement, là, l'accompagner dans son rétablissement, s'assurer de ne pas exercer de stigmatisation à l'encontre des personnes qui ont un trouble mental et finalement s'assurer qu'il y ait une participation des usagers à la fois dans leur plan de traitement, dans leur équipe traitante, mais également dans la réflexion et la construction des services que le réseau peut leur offrir, donc, des usagers et de leurs proches.

On a, dans le nouveau plan d'action 2015-2020, mais enfin qui est moins nouveau, là, une nouvelle mesure, je pense, qui est assez porteuse, et c'est une préoccupation par rapport à la santé mentale au travail. Les assureurs et les employeurs vous diront probablement, M. le Président, que la première cause d'arrêt de maladie actuellement dans le réseau de la santé, dans le réseau privé, ce sont les troubles mentaux. Et donc il y a un impact là qui est majeur pour les employeurs et pour les assureurs. Et je crois que les employeurs, les assureurs commencent à avoir une sensibilité aux actions qui peuvent être prises dans le milieu de travail afin de promouvoir la santé mentale, et de réduire les troubles mentaux, et enfin de permettre un retour au travail de façon soutenante pour les personnes lorsqu'elles se sont absentes pour des raisons de trouble mental.

Je voudrais faire un moment sur les jeunes, M. le Président. Il me reste combien de temps?

Le Président (M. Merlini) : Trois minutes.

• (11 heures) •

M. Delorme (André) : Trois minutes. Donc, je pense que... Je vous disais tout à l'heure l'âge précoce auquel les maladies apparaissent. Il y a plusieurs mesures qui touchent les jeunes dans le plan d'action. Une première, c'est autour de la lutte au suicide. Et on a remis à jour le protocole d'intervention en situation de risque suicidaire pour les jeunes qui sont servis par nos centres de réadaptation jeunesse, soit en protection de la jeunesse ou en centre de réadaptation plus spécifiquement. Et je pense que c'est important d'agir spécifiquement dans ce groupe d'âge là, particulièrement chez les jeunes qui sont plus vulnérables, qu'on retrouve dans nos centres de réadaptation, afin de vraiment pouvoir intervenir très précocement, très rapidement quand on a des inquiétudes par rapport au suicide. Et je suis assez fier de dire qu'au Québec on est passés, entre 1999 et aujourd'hui, là, à une réduction massive. Et ce n'est pas peu dire, là, c'est massif. On était les troisièmes au monde en termes de suicide, en particulier chez les jeunes, et on est maintenant rendus les quatrièmes au Canada. Donc, on a vraiment réduit de façon substantielle... et je pense que ce sont des interventions comme ce protocole-là et d'autres mesures qu'on a prises pour les jeunes.

On a accru le nombre de psychologues spécifiquement pour ces jeunes-là également. Le député y faisait référence tout à l'heure, 15 millions qui ont été accordés dans ce créneau en particulier pour permettre des évaluations pour le Tribunal de la jeunesse, pour permettre des évaluations cliniques soit en centre de réadaptation, en centre jeunesse, dans les équipes de santé mentale, les jeunes en difficulté ou les services de proximité, et je pense que c'est très important. Quand je vous disais tout à l'heure que le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic peut aller... se compte en nombre d'années, bien, je pense que, plus on peut avoir des psychologues ou d'autres professionnels — mais, dans ce cas-ci, ce sont des psychologues qui sont capables d'évaluer les jeunes et de poser un diagnostic ou enfin de faire une évaluation de leur état mental — je pense que, comme société, on est extrêmement privilégiés puis on a une responsabilité de vraiment se préoccuper de pouvoir offrir ces services-là très rapidement.

Nous sommes à quelques semaines de déployer les premiers sites de réseaux de services intégrés pour les jeunes à travers le Québec. C'est une modalité novatrice qui a été mise en place d'abord en Australie et qui vise à offrir des services intégrés qui répondent aux besoins globaux du jeune. Donc, ce n'est pas juste un service de santé mentale ou un service de santé sexuelle, ce sont beaucoup plus des services qui visent à répondre aux besoins du jeune quand un jeune a un besoin, peu importe. Ça peut être l'anxiété avant un examen, ça peut être une relation sexuelle non protégée, peu importe. Et ces milieux-là sont non stigmatisants, sont vraiment ouverts et construits pour les jeunes, avec les jeunes, donc les jeunes participent à la construction des services, à l'offre de services et ils s'y sentent généralement suffisamment à l'aise pour être

capables de se présenter là spontanément. Ce sont souvent des milieux dans la communauté. Ce ne sera pas au CLSC, à l'hôpital ou au sous-sol de l'église, ça va être dans un lieu qui est, je dirais, à l'effigie, à l'image des jeunes et où ils se sentent très confortables, et on voit vraiment le pouvoir d'attraction de ce type de modalités là pour répondre aux besoins des jeunes.

Et le ministre a fait référence tout à l'heure au Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux. Il y aura un volet évidemment qui touchera aux jeunes, parce que ce programme-là va vraiment vouloir servir la population lorsqu'ils auront des troubles mentaux, que ce soient des jeunes, des adultes ou des personnes plus âgées.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. Delorme. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons maintenant du côté du deuxième groupe d'opposition et son porte-parole, le député de Lévis, pour un temps de 19 minutes. À vous la parole, M. le député.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Alors, bonjour à tous. On a eu la prime jaquette, M. le Président, on a eu la prime à la ponctualité. Ça a fait couler beaucoup d'encre, beaucoup en ont parlé. Bien, on apprend ce matin que 14 médecins spécialistes qui occupent un poste de directeur des services professionnels touchent depuis le mois d'avril une nouvelle prime de 43 %, une augmentation de 43 % de leur rémunération, augmentation salariale annuelle d'environ 100 000 \$ par année, prime à la gestion, je vais l'appeler la prime à 100 000 \$. Qui au Québec — et hier, c'est drôle, en regardant les documents, je me posais la question : Qui au Québec a reçu pareille nouvelle récemment, en arrivant à l'emploi, d'une hausse salariale automatique de 43 %? Une nouvelle prime de 100 000 \$ qui a été faite discrètement, d'une manière confidentielle par le ministre de la Santé. Il n'a pas fait de grande annonce publique pour ça, il n'y a pas eu de communiqué, mais la CAQ a mis la main sur une nouvelle circulaire confidentielle du ministre de la Santé ainsi que sur deux courriels du sous-ministre à la Santé qui donnent des exemples concrets de cette nouvelle prime de 43 %. Et là, je vais me permettre de lire un extrait de ce courriel, et ça se lit comme suit : «Une allocation...» Bon : «226 574 \$, nouveau salaire de base, plus une allocation d'établissement, qui est une nouvelle mesure administrative de 2 % si le groupe d'établissements est de niveau 4, 4 % si le groupe d'établissements est de niveau 3, 6 % si le groupe d'établissements est de niveau 2 et 8 % si le groupe d'établissements est de niveau 1, plus 5 % si la personne occupe la fonction de DSP, directeur des services professionnels, à temps plein, plus 43 % si le médecin est spécialiste.» Un exemple, et c'est écrit dans le courriel, noir sur blanc : «Exemple : pour le CISSS des Laurentides, de Chaudière-Appalaches et de la Montérégie-Est, qui sont de niveau 2, un DSP temps plein spécialiste recevrait 348 924 \$, un DSP temps plein omnipraticien, 251 497 \$.»

Alors, ce qui est surprenant aussi, c'est que cette nouvelle prime là va être versée aux médecins spécialistes qui sont DSP, mais pas aux DSP qui sont des médecins de famille. Pourtant, les DSP font le même travail comme gestionnaires, il y a les médecins spécialistes qui vont toucher une prime de 100 000 \$. Bien, le ministre de la Santé s'est défendu, a dit dans le journal qu'il a décidé de donner une nouvelle prime de 100 000 \$ pour favoriser le recrutement de DSP. Et je vous dirai que les réactions également n'ont pas tardé du côté des médecins omnipraticiens par le biais du vice-président de la Fédération des omnipraticiens, qui a dit : «"Ça n'a pas d'allure!", [s'est-il insurgé].

«"En gestion — dit-il, je le cite — c'est bonnet blanc, blanc bonnet sur la tâche que ces gens-là ont à faire, ça devrait être l'équité pure et simple", [a renchéri] le Dr Dion.»

Le ministre, je ne sais pas s'il a cette vision-là, mais il est probablement un des responsables du fait qu'il y ait une démobilitation générale dans le réseau de la santé à travers les réformes qu'il a imposées, notamment des DSP qui doivent maintenant jongler aussi avec les nouvelles règles, la difficulté de conjuguer avec un milieu qui trouve toutes ces réformes bousculantes et dérangelantes. Selon le ministre, la disparité de traitement n'est pas anormale, puis là je prends l'exemple qu'il a cité lui-même : «Un spécialiste, quand il fait un accouchement, c'est payé plus qu'un omnipraticien qui fait un accouchement, c'est comme ça dans la vie médicale.» Bon, je prends sa réaction. En gros, ce que je comprends, puis ce que les gens, en tout cas, se font expliquer... dans quelques instants... je comprends que, parce que les spécialistes sont payés plus cher que les médecins de famille pour des accouchements, c'est normal qu'ils soient aussi payés plus cher quand ils sont DSP, même s'ils font le même travail.

Alors, pas besoin d'aller très loin pour vous dire que la CAQ dénonce cette prime, cette nouvelle prime à la gestion, cette prime à 100 000 \$. La question est simple : À la lumière de ce que j'ai là, puis les documents le prouvent, je le rappelle, courriel du sous-ministre que j'ai en main, échanges et circulaires du ministère également que j'ai en main, est-ce que le ministre de la Santé va mettre fin à cette nouvelle prime à 100 000 \$ en partant?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, on va commencer par rectifier les choses. Alors, premièrement, les circulaires, par définition, sont publiques. Elles sont affichées sur le site du gouvernement lorsqu'elles ont fini le parcours administratif requis pour les publier, parcours qui est un parcours essentiellement de vérification. Alors, il n'y a pas de cachette, la circulaire qui allait être publiée dans les prochains jours, d'après les informations que j'ai, pour les raisons habituelles administratives, allaient l'être. On en parle aujourd'hui, je n'ai aucun problème avec ça, toutes nos circulaires sont affichées sur le site du ministère.

Deuxièmement, M. le Président, on va faire la genèse de ça, et on va commencer par nommer les choses. Il n'y a pas de prime, il y a une échelle salariale. Le réseau de la santé et des services sociaux, bien avant, bien avant notre arrivée souffrait et souffre encore d'une problématique importante, qui est celle du recrutement des directeurs des services professionnels, les DSP. La raison pour laquelle nous avons des difficultés historiques de recrutement sont assez simples.

La première raison, c'est qu'on demande à des médecins de littéralement, quasiment abandonner, et parfois totalement abandonner, leur pratique médicale. Pour un médecin, c'est un pas qui est important, et ce pas-là, sur le plan

qualitatif, se mesure de différentes manières. Il y a l'abandon d'une pratique pour laquelle il y a eu de longues années de formation. Ce n'est pas simple, je dirais, de prendre cette décision-là pour ces médecins-là, et je le comprends très bien, ayant eu moi-même à prendre ce genre de décisions là dans le passé. Il y a un élément de deuil là-dedans.

L'autre élément, M. le Président, qui n'est pas négligeable, qui entre en ligne de compte, c'est évidemment la baisse de revenus. Un professionnel, et là je ne porte pas de jugement, mes collègues en portent des jugements, c'est leur droit, mais les médecins, lorsqu'ils quittent une profession qui a un certain niveau de rémunération pour aller occuper un poste qui a un niveau parfois inférieur de plus de 50 % par rapport à ce qu'ils faisaient avant, mettons qu'en plus du deuil ce n'est pas nécessairement attirant. Ça a fait la manchette abondamment, ce que je vais dire, M. le Président. Tout le monde sait que les médecins ont été l'objet d'augmentations substantielles dans les dernières années. Ce qui est venu accroître de façon exponentielle la difficulté de recrutement.

• (11 h 10) •

L'angle qu'il faut prendre dans cette situation-là n'est pas le point d'arrivée, mais bien le point de départ. Les directions de tous les CISSS, CIUSSS et hôpitaux non fusionnés ont réclamé des ajustements de rémunération pour pouvoir attirer des médecins spécialistes ou de famille au poste de DSP. Les présidents de conseils d'administration ont demandé la même chose. Les enjeux sont réels. Ça n'a rien à voir avec la réforme. Ça a à voir un peu avec la réforme, mais pas vraiment parce qu'avant même la réforme ce poste-là était difficile à combler, et, avec les augmentations qui se sont réalisées, c'est encore pire. Et le poste de DSP est un poste fondamental et sur le plan organisationnel et sur le plan légal. Alors, il y avait un geste qui devait être posé.

L'enjeu premier étant le point de départ, des ajustements de rémunération à l'échelle ont été faits et ils ont été faits en fonction du coût total. Et le coût total, bien, ça devient un enjeu en soi, donc on a essayé de trouver une formule qui était appropriée à partir du point de départ. Donc, pour le médecin spécialiste, eux autres voulaient avoir la moyenne de la fédération. J'ai dit non. C'était trop. J'ai souhaité amener la rémunération des DSP à la frontière inférieure de l'échelle de revenus constatée pour différentes spécialités et j'ai souhaité être dans la moyenne et au-dessus pour les médecins de famille. On sait que les médecins de famille se plaignent d'un différentiel entre les deux. On fait une étude pour apporter éventuellement des correctifs sur ce plan-là. Et, si l'étude concluait favorablement pour les médecins de famille, évidemment qu'il y aurait lieu d'ajuster l'amélioration des DSP qui sont médecins de famille.

Maintenant, comme je l'ai dit, c'est bien rapporté dans l'article, le monde médical est un monde d'asymétrie, oui, c'est vrai, dépendamment de la qualification des gens pour une fonction similaire. Je termine là-dessus parce que vous me faites signe, M. le Président, je pourrai y revenir, mais je donne un exemple spectaculaire. En santé publique au Québec, M. le Président, là, ceux qui pratiquent la santé publique, bien, il y en a, des médecins de famille, et il y en a qui sont spécialistes. Ils n'ont pas la même rémunération et ils font essentiellement exactement la même chose. C'est la caractéristique de ce milieu-là. Et quelqu'un aurait pu dire exactement le même commentaire, la même critique, si on avait monté, donné la même rémunération aux deux types de médecin. Là, ça, c'est les spécialistes qui auraient crié au meurtre en disant : Ça n'a pas une minute de bon sens, ceci, cela, ceci, cela. Je ne vous dis pas, là, que ce milieu-là n'est pas particulier, là, je parle du milieu médical, il est éminemment particulier dans ses opinions et ses comportements. La décision qui a été prise, elle a été faite pour attirer un ou l'autre groupe dans les positions de DSP. Il y a une logique, je vous l'ai exposée...

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup.

M. Barrette : ...elle est difficile à battre.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Le ministre vient de nous dire que c'est difficile à battre. C'est pour le moins discutable. Je pense que les gens comprendront bien l'essence même de l'échange ici. Tu sais, ce n'est pas compliqué, le point d'arrivée dont parle le ministre, là, dans les faits, noir sur blanc, c'est qu'un DSP temps plein omnipratricien, c'est 251 000 \$, un DSP temps plein spécialiste, 348 924 \$, majoration de 43 % à la hausse, près de 100 000 \$ pour le même travail.

Le ministre dit : Ça na pas rapport avec la réforme puis, après ça, il dit : Bien, ça a rapport avec la réforme, mais un petit peu, peut-être un petit peu, mais pas trop, pas beaucoup, presque pas.

Le vice-président de la FMOQ dit : Ça n'a pas d'allure, ça ne fait pas sens, on fait le même travail. Le ministre nous dit : Ça prend ça, sinon on n'aura pas de DSP. Impossible de recruter. La mesure, telle que mise en place à travers des exemples confidentiels, c'était écrit dessus, là, ceux que j'ai, là, du sous-ministre à la Santé, n'attirera pas plus de DSP omnipratriciens, elle va aller chercher... si c'est la volonté du ministre de n'avoir que des DSP spécialistes. La question est-elle : Est-ce que le ministre a tellement donné aux médecins spécialistes très récemment, alors qu'on n'aurait pas dû, s'est attaché les mains, est obligé maintenant de jouer l'équilibre parce qu'il s'est imposé à ça, il s'est contraint à ça? Je le rappelle.

Est-ce que le ministre a consulté les DSP pour savoir si c'est de l'argent qu'ils voulaient ou s'ils auraient préféré autre chose? Est-ce que l'attractivité de ce travail-là... Est-ce qu'il a consulté tous les DSP pour dire : Si vous voulez venir travailler avec nous quels sont les irritants, quels sont les écueils ou ce n'est rien qu'une question de piastres? Bien, la décision du ministre, ça aurait été encore une fois une question de piastres. Puis les spécialistes, encore une fois, ont une rémunération supplémentaire pour un travail égal. Le ministre a décidé de faire deux classes. C'est ça, le point d'arrivée dont on parle avec le ministre.

Je repose ma question : Est-ce qu'il a pris le temps de consulter tous les DSP pour savoir si ce n'était qu'une question d'argent? A-t-il parlé avec les DSP omnipraticiens pour savoir si la mesure qu'il a introduite était aussi de leur côté équitable et nécessaire?

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

M. Barrette : M. le Président, sur le côté nécessaire, c'est une évidence. Je l'ai bien démontré. Quand tous les P.D.G. et les conseils d'administration le demandent, il me semble que c'est une nécessité. Quand les P.D.G. nous indiquent, au gouvernement, qu'ils font des recherches et que personne ne trouve preneur, c'est une évidence, ça. Alors, on a agi.

Maintenant, il faut que tout le monde comprenne ici, là, que le poste de DSP, dans la loi, ne peut être occupé par personne d'autre qui n'est pas médecin. Et je l'ai dit, tantôt, là, le point de référence, le point de départ qui amène un médecin à prendre cette décision-là, c'est, un, d'abord, est-ce que je veux arrêter de pratiquer? Deux, est-ce que je vais avoir un revenu équivalent ou satisfaisant? Alors à ces deux questions là, la réponse est : On ne peut pas répondre pour le médecin, mais pour la rémunération, oui, ils sont suffisamment compétitifs par rapport à leur environnement à eux autres.

Maintenant, vous me permettez un parallèle, M. le Président. Notre collègue le député de Lévis, qui fait partie de la CAQ, n'a-t-il pas, lui, un collègue qui est le député de La Peltre, qui a pris position la semaine dernière pour mettre en place une organisation paragouvernementale en dehors de la fonction publique, leur CTI, là, la chose qui allait faire en sorte qu'on allait recruter et payer au-delà des échelles et recruter, sans aucun doute, de façon différenciée, selon certains paramètres, des informaticiens? Alors, il est le représentant d'une formation qui propose de briser les règles de la fonction publique pour arriver à ses fins, qui est essentiellement, comme toujours, une forme de privatisation du gouvernement. C'est de ça qu'on parle, là. On parle d'une organisation qui n'est pas dans le cadre gouvernemental pour les mêmes raisons, selon la CAQ. À la CAQ, on est prêt à sortir des échelles de rémunération convenues dans l'environnement pour soi-disant s'adapter à une réalité dont ils font l'appréciation.

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Un instant, M. le ministre. Vous avez une question de règlement, M. le député de Lévis?

M. Paradis (Lévis) : La pertinence, M. le Président. Je comprends que dans une étude de crédit, on a la volonté d'être très large, là. Mais là, on est rendu à l'autre bout complètement du spectre, là. Alors, le 211 pour la pertinence, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. Ce n'est pas un appel au règlement puisque le M. le ministre tente d'illustrer par un exemple ce qui semble être un angle, là, dans sa réponse par rapport à la question que vous avez posée. Alors, à la question, M. le ministre.

M. Barrette : Alors, je vais continuer. Et on sait tous, pour ceux qui suivent nos travaux, on sait tous et on le voit bien à la période de questions, à la CAQ, lorsqu'on vise dans nos réponses dans le mille, c'est-à-dire qu'on met en relief les incohérences de la CAQ, on fait un appel au règlement. Là, ici, c'est celui-là, 201, à la période de questions, c'est 79. Toujours, on veut interrompre pour qu'on ne voie pas, qu'on ne réalise pas l'incohérence d'un parti qui dit une chose quand ça fait son affaire, et une autre, le contraire, quand ça ne fait pas son affaire. Ce parti-là veut faire exactement ce que j'ai fait, je souhaite qu'ils aient des réflexions internes et qu'ils passent à autre chose.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis, il reste 2 min 15 s.

• (11 h 20) •

M. Paradis (Lévis) : Oui. Merci, M. le Président. Vous savez, quand le ministre part sur des envolées puis tente de faire quatre fois le tour de la glace avant de se rendre au but et de s'adresser à la véritable question, c'est fondamentalement parce qu'il n'a pas vraiment de réponse à proposer, ce n'est pas compliqué.

Il a créé deux classes de DSP. C'est ça qu'il vient de faire. Le DSP spécialiste qui va gagner un montant x. Il a les mains attachées parce qu'ils ont tellement donné aux spécialistes que maintenant ils se trouvent bloqués puis il doit les attirer seulement de cette façon-là. Je lui ai posé : Est-ce qu'on a rencontré les DSP pour leur demander comment la position, le travail à faire pourrait devenir plus attractif? Il n'a pas parlé de ça non plus. Il va me parler d'informatique, il va me parler d'autres choses, il a classé deux... il a créé deux classes de DSP.

Je rappelle, et j'ouvre les guillemets : «En gestion, c'est bonnet blanc, blanc bonnet sur la tâche que ces gens-là ont à faire, ça devrait être l'équité pure et simple.» On dit — c'est le vice-président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec : «Assurément, le ministre a décidé lui-même que c'est comme ça que ça allait marcher dorénavant.» Parce que, s'il ne mettait pas ça, il n'y en a plus, de DSP au Québec. Pourquoi il n'y a plus de DSP au Québec, il nous dit : C'est parce que les piastres ne sont pas là. Il faut peut-être se questionner sur le travail à accomplir puis le climat de travail. Il n'y a pas moyen de trouver des DSP autres, qui gagneront le salaire tel qu'il était? Non, il a fallu qu'on double.

Le ministre a fait un parallèle, et je lui laisse parce qu'il le sait, il connaît les codes puis les actes, il a fait un parallèle notamment avec les accouchements, en disant : Un spécialiste, quand ça fait un accouchement, ce n'est pas payé pareil comme un omnipraticien qui fait un accouchement. C'est son parallèle, c'est son explication. C'est comme ça qu'il justifie sa décision. Alors, lui-même a décidé que c'est ça que ça prenait.

M. le Président, je repose la question, puis je sais, là... Puis le ministre va prendre du temps sur le temps du gouvernement parce qu'après il y a toujours un 20 minutes sur lequel il peut faire du chemin, puis il s'en sert abondamment, c'est son droit. Mais je sais pertinemment qu'il va revenir avec des éléments, comme il l'a fait il y a quelques instants, pour éviter de répondre et justement dire à ceux et celles qui nous écoutent que c'était la seule façon qu'il a trouvée, encore une fois, de faire une différence, de créer deux classes de DSP et de donner davantage à des médecins spécialistes. C'est la...

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Lévis. Ça met un terme à ce bloc d'échange. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un bloc d'échange de 20 minutes. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, à vous la parole.

M. Chevarie : Merci, M. le Président. Comme la santé mentale est un sujet assez vaste, et d'ailleurs le Dr Delorme a très bien illustré l'ampleur et les impacts des personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux sur l'ensemble de la société, et premièrement sur leur vie personnelle, alors je vais continuer sur le thème, et j'apprécierais que vous réinvitez le Dr Delorme au micro.

Et j'aimerais ça revenir avec le Dr Delorme sur le réseau des services intégrés pour les jeunes, dans un premier temps. Vous étiez rendu au volet de la psychothérapie, le programme d'accès, mais j'aimerais ça revenir sur les services intégrés pour les jeunes, dans le sens... J'aimerais savoir comment ça s'actualise dans les territoires, dans nos milieux de vie, et quels sont les principaux professionnels, intervenants qui sont impliqués dans ce réseau de services?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député des Îles. Dr Delorme.

M. Delorme (André) : M. le Président, bien en réponse à la question du député des Îles, actuellement nous sommes à... dans un processus de sélection avec le Fonds de recherche en santé du Québec pour sélectionner trois sites qui serviront de sites de démonstration pour le Québec, pour voir un peu comment on construit avec les différents partenaires, parce que ce type de services là, contrairement aux services habituels dans le réseau de la santé, ce ne sont pas uniquement des services de santé et des services sociaux, ce sont également des services intersectoriels, hein? Ce qui veut dire qu'on s'attend que... Je vais prendre un exemple au hasard, là, mettons, à Saguenay, une clinique de cette nature s'ouvrirait, bien, on s'attendrait qu'en plus d'avoir des intervenants de services sociaux, de santé mentale, de santé sexuelle, et ainsi de suite, on s'attendra, par exemple, à voir peut-être des orienteurs scolaires qui... des conseillers en orientation qui aideront le jeune qui est à la recherche un peu de sa voie.

On pourrait avoir également des conseillers ou des agents d'intégration sur le marché du travail qui pourraient aider un jeune qui quitte l'école ou qui a terminé l'école et qui veut maintenant s'intégrer sur le marché du travail. Ces services-là offrent des services à des jeunes de 12 ans jusqu'à l'âge de 25 ans. Donc, il y a aussi ici un intérêt particulier pour ce modèle-là, c'est qu'on vient éliminer la frontière qui, historiquement, a été construite entre un jeune de 17 ans et 364 jours et un jeune de 18 ans, qui, du jour au lendemain, devient adulte et change de réseau, change de services, change d'intervenant. Et donc cette modalité-là vient plutôt suivre le jeune dans son parcours. Les jeunes, à cet âge-là, sont à l'école, quittent l'école, s'introduisent sur le marché du travail, et ça, ça ne se passe pas à 364 jours, juste avant 18 ans, ça se passe, là, sur un long parcours.

Vous avez parlé... le député a parlé aussi du Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux. Je voudrais peut-être vous donner quelques informations sur ce programme-là. C'est extrêmement novateur, et je veux vous aviser. M. le Président, que nous sommes la première province à aller dans ce sens-là au Canada, alors je pense que ça vaut la peine de le souligner. Ce programme-là, et je le disais tout à l'heure, va donner des services, entre autres, aux jeunes, mais permettez-moi de l'expliquer un peu plus largement.

Le service tente de... ne tente pas, le service permettra de définir des trajectoires de services. Ces trajectoires-là sont bien identifiées dans la littérature scientifique. Un individu, vous ou moi, si on est atteint d'une dépression, bien, il y a des traitements qui sont clairement identifiés comme étant efficaces et utiles, et d'autres qui ne le sont pas, de la même façon qu'en cancer, en maladies cardiaques, il y a des traitements qui sont bien reconnus, qui sont appuyés sur des études scientifiques, et on est capables d'offrir, avec un degré élevé de confiance, à notre patient un traitement qui va lui donner des résultats probants. Alors, dans les maladies mentales, il y a également une littérature à cet effet. Et cette littérature-là s'est inscrite non seulement de façon ponctuelle, c'est-à-dire tel traitement est efficace, tel autre traitement l'est moins, mais la littérature nous identifie maintenant des trajectoires, qui nous permettent de dire qu'avant de faire ceci nous devrions faire cela.

Et je vous donne un exemple. Pour la dépression, la trajectoire permettrait, par exemple, dans un premier temps, de faire des mesures de soutien psychosocial général, non spécifique. Alors, je n'ai pas besoin d'avoir une expertise spécifique en santé mentale. Le genre d'intervention ici, ça pourrait être, par exemple, d'intégrer mon patient dans un groupe structuré d'activité physique, parce qu'il y a beaucoup de littérature qui nous indique que l'activité physique, c'est un excellent outil de gestion du stress, c'est un outil qui réduit les humeurs dépressives, et ainsi de suite.

Si mon patient ne répondait pas à cette modalité-là, je pourrais passer à une modalité suivante, qui pourrait être, par exemple, des modules d'autosoins. Un module d'autosoins, c'est quoi? C'est un outil simple, que moi, comme patient, je peux recevoir de mon infirmière, de mon travailleur social, et qui va me donner un certain nombre d'exercices ou d'activités à faire et qui auront un impact. Donc, j'apprends à mieux gérer mon stress, mieux gérer mes situations conflictuelles ou difficiles dans ma vie. Et donc non seulement ça m'aide à réduire mes symptômes, mais ça m'aide en plus à acquérir des nouvelles compétences qui me serviront plus tard dans ma vie, dans des situations similaires.

Advenant que ça, ça ne fonctionnerait pas, bien, je peux passer à une étape suivante, qui serait, par exemple, une référence vers un groupe d'intervention cognitive comportementale. Donc, avec d'autres personnes, qui ont la même condition que moi, et accompagné de professionnels, je pourrais donc avoir un certain nombre de séances, par exemple, 10 ou 12, là, et, avec ce groupe, j'apprendrai avec eux un certain nombre d'interventions cognitives comportementales, c'est-à-dire recadrer, par exemple, la perception que je peux avoir de mes relations familiales, de mes relations au travail, pour me dégager peut-être d'une charge complexe, émotive, qui vient avec ces relations-là.

Donc, de façon générale, on introduit un certain nombre de trajectoires qui viseront différentes pathologies : la dépression, le trouble anxieux généralisé, le trouble de personnalité limite, le trouble alimentaire, et ainsi de suite, et ces trajectoires-là nous permettront, de façon cohérente, de façon équitable, à travers le réseau, d'assurer que le citoyen, qu'il soit à Gaspé, à Granby ou à Gatineau, recevra toujours une qualité puis une cohérence dans les services qui lui seront offerts.

• (11 h 30) •

On introduira par ailleurs dans ces trajectoires-là, et ça, c'est fondamental, des outils de mesure, qui nous permettent, en cours de processus clinique, de voir comment mon patient réagit aux services que je lui offre. Je suis sûr que la plupart des personnes ici sont allées au moins une fois en physiothérapie, puis, quand on va en physiothérapie pour, mettons, une blessure à l'épaule, le physiothérapeute va mesurer l'amplitude de mon bras puis il va me dire, bon, bien, je suis capable d'acquiescer plus d'amplitude, il va me donner des services pendant trois, quatre, huit, six, 12 séances, et, au bout d'un certain temps, il va dire, bien là, j'ai acquis le maximum que je pouvais faire, ça fait déjà trois séances où je ne suis pas capable de dépasser une certaine amplitude, il va falloir qu'on vive avec ça; même si je continue pendant huit ans, je n'aurai pas plus de résultats.

Et on peut et on doit faire la même chose, dans les services de santé mentale, c'est-à-dire d'être capable de dire : Bien là, je vous ai donné un module d'autosoins et je suis capable de mesurer avec vous des outils qui sont validés scientifiquement. Je peux voir avec mon patient : Voici les résultats qu'on a obtenus, et on a vraiment eu une amélioration significative de votre souffrance et de vos symptômes ou, contrairement, d'être capable de dire : Je suis peiné de vous dire que, malgré tous les efforts que vous avez faits dans ce module d'autosoins, on n'a pas les résultats escomptés, je vais vous référer à la prochaine étape. Et ainsi de suite, là, jusqu'à l'étape qui pourrait comporter de la psychothérapie individuelle, avec des professionnels qui sont habilités à offrir de la psychothérapie.

Vous savez que le Québec, on me dit, à l'Ordre des psychologues, est la première et la seule juridiction au monde à avoir défini, au plan de la loi, ce qu'est la psychothérapie, pour s'assurer que le citoyen soit toujours, lorsqu'il va chercher des services de psychothérapie, devant un professionnel qui est habilité, qui est reconnu et qui maintient sa compétence dans ce domaine-là. Et donc, au cours de ces trajectoires-là, on arrivera, si les besoins de l'individu le requièrent, à une séance de psychothérapie.

Maintenant, ce qui est nouveau ici, c'est qu'auparavant on pouvait peut-être aller voir son médecin de famille ou aller voir un psychologue en clinique privée et dire : Bon, bien là, j'ai tel, tel symptôme, et peut-être être référé immédiatement pour de la psychothérapie, alors que ce n'était peut-être pas ce qui était requis, et utiliser quelqu'un qui a fait de nombreuses années d'études à l'université. Puis, pour se former comme psychothérapeute à faire de la psychothérapie chez quelqu'un qui n'en a pas besoin, bien, je trouve que c'est dommage. Puis c'est la même chose que si j'utilise un chirurgien pour faire une opération... Mais ça coule de source qu'utiliser un chirurgien pour faire une opération à quelqu'un qui n'a pas besoin de chirurgie, tout le monde se dit : Bien, voyons donc! Ça n'a pas d'allure. Mais c'est un peu ce qu'on fait parfois, là, en santé mentale.

Donc, l'introduction, au sein de nos trajectoires, d'outils qui permettront de mesurer puis de dire : Voici, vraiment, vous êtes rendu à un niveau de souffrance, un niveau de complexité qui requiert l'intervention spécifique d'un psychothérapeute, je pense que ça va permettre de mieux desservir les individus en fonction de leurs symptômes, mais également, de façon plus large, d'assurer une équité d'accès pour tout le monde lorsque ces besoins-là seront requis.

Maintenant, c'est un chantier majeur qu'on a entrepris en faisant le choix d'élaborer un programme québécois de psychothérapie. Et l'exemple que j'aime donner, c'est un peu comme la construction du pont Champlain : on peut très bien annoncer un jour qu'on va construire le nouveau pont et qu'on lance le projet, mais il n'y a pas une auto qui va passer le lendemain matin, là. C'est bien évident qu'il va falloir faire des plans, il va falloir faire des études de structure, il va falloir faire couler les fondations, et toutes ces mesures-là vont faire qu'on voit prendre forme le pont, mais que ça prend quand même un certain temps avant que les premières autos puissent passer.

Et pour le Québec, pour un programme de psychothérapie, on devra faire la même chose. C'est-à-dire qu'on doit s'assurer d'identifier quelles sont les trajectoires qu'on veut implanter ici, au Québec. Pour ce faire, on a acquis les droits auprès du NICE, le National Institute of Clinical Health and Excellence, en Angleterre, qui est, je dirais, l'organisme le plus reconnu pour les énoncés de trajectoire dans ce domaine-là. L'INESSS ici, au Québec, avait regardé les différents programmes qui étaient disponibles, là, et avait bien identifié que les programmes du NICE, les trajectoires étaient les plus solides. On doit les importer ici, mais on doit évidemment les adapter.

Je vous disais tout à l'heure qu'on était la seule juridiction à avoir défini ce qu'était la psychothérapie. Bien, on doit s'assurer que ce qui est, dans cette trajectoire, une fonction qui doit être rendue par un psychothérapeute habilité, bien, il faut qu'on l'identifie de façon très spécifique pour s'assurer que ça sera effectivement un psychothérapeute habilité. Et une fonction qui peut être offerte par un professionnel, mais non habilité à faire de la psychothérapie, le sera par un professionnel non habilité.

Donc, il y a tout un travail. Et ça, ça ressemble plus aux travaux, là, du pont Champlain, là, la réflexion, l'étude des structures, et ainsi de suite. Donc, on doit être capables d'adapter ces trajectoires-là à notre réalité juridique et de réseau. On doit être capables d'identifier, dans un territoire donné, qui sera capable de donner les différents services. Par exemple, les travailleuses sociales qu'on a déployées dans nos GMF pourraient très bien être les personnes qui offrent les modules

d'autosoins pour quelqu'un qui a un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur. Le groupe d'activité physique structurée pourra très bien être donné dans un CLSC, et peut-être que le groupe d'intervention cognitive comportementale sera donné en CLSC ou en clinique externe selon la disponibilité des ressources sur un territoire donné. Ce ne sera peut-être pas la même chose à Lévis que ce le sera à Laval.

Donc, il y a tout un travail, là, d'adaptation mais qui est majeur. Je le répète, on est la première juridiction au Canada à avoir fait le choix d'aller dans cette direction-là, et je pense qu'on est enviés. On a déjà été contactés à quelques reprises par différentes autres provinces pour savoir comment on allait procéder là-dedans, là, pour être capables de déployer ce programme-là. Alors, je pense que c'est majeur.

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

M. Chevarie : Oui. Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Merlini) : 5 min 40 s

M. Chevarie : Cinq minutes. Oui. Je reviens à ce programme-là, Dr Delorme. On parle d'un programme d'accès gratuit à la psychothérapie. Est-ce qu'actuellement ou par le passé ce n'était pas gratuit? En quoi c'est une nouvelle mesure qui permet à la clientèle d'avoir accès à des services qui autrement, par cette mesure-là, n'étaient pas considérés comme gratuits?

Le Président (M. Merlini) : Dr Delorme.

M. Delorme (André) : ...je répondrais en résumant les trois modalités d'accès qui existent ou qui existaient avant l'avènement de ce programme-là. La première était la capacité d'un individu qui avait soit une assurance ou les moyens financiers d'aller en cabinet privé puis d'aller voir un psychologue ou un autre psychothérapeute, parce que ce ne sont pas que les psychologues qui sont habilités à faire de la psychothérapie, donc une infirmière, un travailleur social qui était habilité à faire de la psychothérapie ou un psychologue en bureau privé, et je le paie de ma poche ou c'est mon assureur qui le paie.

La deuxième modalité d'accès à la psychothérapie, c'était pour les gens qui remplissaient un certain nombre de critères pour trois programmes spécifiques, soit les victimes d'actes criminels, les victimes d'accident de la route, donc, couverts par la Société de l'assurance automobile du Québec, ou les victimes d'un accident de travail, donc, par la CSST. Donc, dans certaines conditions, les victimes d'un de ces trois types d'événements là pouvaient avoir de la psychothérapie remboursée par ces trois programmes-là.

Et finalement les gens qui étaient référés, par exemple, par leurs médecins de famille à des services de santé mentale soit de première ligne ou de deuxième ligne, des équipes de psychiatrie ou de pédopsychiatrie. Au sein de ces équipes-là, on a évidemment plusieurs professionnels qui sont habilités à faire de la psychothérapie. Cependant, l'accès, dans la façon qu'il était offert, n'assure pas un accès suffisant, d'une part, et ne permet pas — et je pense que c'est l'élément novateur dans ce que je disais tout à l'heure — de s'assurer de façon scientifique que le besoin du patient reçoit le bon service.

Et donc, je le disais tout à l'heure, avant de référer quelqu'un à un service de psychothérapie, il est peut-être beaucoup plus utile de l'amener à faire de l'activité physique puis de lui donner un certain nombre de compétences cognitives ou comportementales nouvelles qui l'aideront à mieux gérer son stress. Et, dans un nombre important des personnes qui vont se présenter pour des services, ils n'auront pas besoin d'aller voir de la psychothérapie. Actuellement, on ne fait pas cette distinction-là. Ça fait que, si le médecin de famille envoie une prescription à l'équipe de santé mentale ou à l'équipe de psychiatrie adulte, il est possible que le patient soit référé pour une psychothérapie, mais on n'aura pas mesuré si d'autres interventions auraient permis de répondre à son besoin, et ce, de façon beaucoup plus facilement accessible.

Donc, je pense qu'on va venir, ici, bonifier l'accès, c'est-à-dire qu'on introduit dans la troisième modalité possible, c'est-à-dire quand je réfère au réseau de la santé, l'accès non seulement à de la psychothérapie, mais à toute une gamme de services qui s'assureront de répondre aux besoins.

Maintenant, il est possible, comme dans n'importe quelle référence, qu'un patient ne passe pas par la première, ou la deuxième, ou la troisième étape, parce que l'intensité de sa souffrance ou de... ses symptômes sont tels qu'il doit aller directement... et je donne l'exemple ultime, là, il doit aller directement à l'hôpital. Alors, on ne lui dira pas : On va commencer par un peu d'autosoins, puis après ça la thérapie cognitive, puis après ça l'activation comportementale, puis après ça ceci, puis après ça cela, s'il a besoin d'être à l'hôpital maintenant. C'est le même principe que quelqu'un qui aurait une maladie cardiaque. On ne lui dira pas, quand il se présente chez son médecin avec une douleur dans la poitrine : Bien, il faudrait peut-être que tu fasses plus d'exercice. Ce serait un petit peu ridicule.

Ça fait que, donc, il faut qu'on ait la souplesse, la capacité de répondre aux besoins du patient en fonction de ses symptômes. Mais il est clair qu'un nombre important de ces patients-là peuvent recevoir des services tout à fait appropriés, démontrés dans la littérature scientifique comme étant très efficaces, et qu'ils réserveront pour ceux qui ont vraiment le besoin et l'intensité de symptômes la psychothérapie pour ces patients-là.

• (11 h 40) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, Dr Delorme. Il reste 1 min 15 s, M. le député.

M. Chevarie : Oui, rapidement. Ce que je comprends du modèle, c'est vraiment une approche de réseau de services intégrés en fonction des différents niveaux de besoins ou d'intensité du trouble mental. Et ça me fait penser un peu à ce

qu'on a comme approche pour les personnes en perte d'autonomie, la personne à la bonne place au bon moment pour répondre aux bons besoins.

Mais, rapidement, par rapport au budget 2018-2019, est-ce qu'il y aura des ajouts de crédits supplémentaires?

Le Président (M. Merlini) : En 30 secondes, Dr Delorme.

M. Delorme (André) : Eh bien, en 30 secondes, c'est une question à laquelle je peux difficilement répondre. Je vous dirais qu'on a déjà reçu 35 millions pour cette mesure-là, et ces sommes-là actuellement sont en train de servir à faire la formation dans le réseau, s'assurer qu'on puisse construire des modèles qui soient adaptés à notre réseau, à notre réalité juridique et à notre réalité d'organisation de services. Et c'est sur la foi de cette construction-là qu'on va pouvoir apprendre...

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Delorme. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous avons maintenant un dernier bloc, cet avant-midi, avec le député de Mercier, d'une durée de 18 minutes. À vous la parole.

M. Khadir : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, tout le monde. Je salue également le ministre. Avant de commencer mes questions au ministre de la Santé, j'aimerais juste attirer l'attention des collègues, aussi bien de la partie gouvernementale que de mes collègues... qu'au cours des dernières années Québec solidaire a présenté, je dirais, deux solutions à la fois innovantes puis à la fois très, je dirais, courageuses pour modifier un peu la dynamique économique qui sous-tend une partie... parce qu'il y a une dynamique économique, quand même, qui sous-tend la dispensation de certains services publics, on le sait dans le domaine du transport, on le sait dans d'autres domaines, mais également dans le domaine de la santé.

L'industrie du médicament a occupé une grande place dans les préoccupations des gouvernements depuis au moins 20 ans. On a appris par la suite... Puis le ministre en a convenu parce qu'au cours des dernières on a apporté certaines modifications, et je suis prêt à le reconnaître, pour courber un peu le coût croissant des médicaments, qui a augmenté sans cesse, avant que Québec solidaire agisse avec fermeté, à l'Assemblée nationale, sur ces éléments-là, qu'on pose des questions, que finalement on réussisse à courber et à aplatir la courbe de croissance des dépenses en médicaments, qui, entre 1998 et 2008, lorsque je suis entré à l'Assemblée nationale, a augmenté de 950 millions à 3,4 milliards. Puis ensuite, bien sûr, il y a une dynamique qui s'est installée. On a fait des propositions, qui sont résumées ici, qu'on a présentées l'année passée, si je ne me trompe pas, pour une nouvelle politique pharmaceutique publique pour le Québec, dans laquelle il y a le projet Pharma-Québec, donc, achats regroupés, recherche et innovation et, là où il le faut, production de produits génériques à faible coût, dans l'intérêt public.

Mais il y a un autre élément de ça qui maintenant est repris par le gouvernement fédéral libéral, qui est une assurance médicaments universelle publique, pour tout le monde, pas le régime à deux vitesses qu'on a au Québec, privé et public, mais un régime comme on le propose depuis notre fondation, un régime pharmaceutique public. L'effet combiné de ces éléments-là, si on devait l'étudier en crédits, si Québec solidaire était au pouvoir et aujourd'hui on l'étudiait en crédits, donnerait une marge de manoeuvre de 3 milliards, d'une part, pour la baisse du coût des médicaments, et, d'autre part, pour les cotisations que le gouvernement irait chercher pour l'assurance publique, qui permettraient de courber... Exactement comme le fédéral maintenant veut le faire. Ils ont nommé l'ancien ministre libéral de l'Ontario, ministre de la Santé, Eric Hoskins, à la tête d'une initiative, qui va faire rapport bientôt et qui va le proposer pour l'ensemble des provinces canadiennes.

Je l'annonce parce que je pense que c'est une contribution maintenant, aujourd'hui, qui est de plus en plus reconnue par les observateurs de Québec solidaire sur la scène politique pour apporter des solutions qui présentent... Tu sais, au lieu de critiquer M. le ministre ici, là... Vous savez que j'en connais beaucoup, de choses. Je pourrais lui apporter beaucoup de critiques et je pourrais dénoncer vertement ses décisions, les décisions de son gouvernement. Mais je voudrais, avant de les critiquer, dire qu'il y a aussi des solutions, et ces solutions-là, il pourrait s'en inspirer. Et, comme je l'ai fait tout à l'heure, je l'ai dit à propos de l'achat des médicaments regroupés, je suis prêt à reconnaître sa contribution et le féliciter aussi pour les bons coups qu'il a faits. Mais ne pas oublier qu'il y a beaucoup plus que les quelques mesures que le ministre a prises dans la politique de Québec solidaire, qui est une véritable bouffée d'air frais, et d'oxygène, et d'argent qu'on dépense actuellement inutilement et qui pourrait être au service du système de santé québécois.

Mais il y a un autre domaine où on est le premier acteur social, depuis environ 40 ans, depuis que ces débats-là tournent alentour de la rémunération des médecins pour dire : O.K., tout le monde est indigné par un certain nombre de décisions qui ont été prises, mais réfléchissons sur la rémunération des médecins parce que ce n'est pas juste que ça coûte cher, c'est que ça ne fonctionne pas. Et ça explique en partie une partie des problèmes qu'on a actuellement dans l'accès aux médecins, dans l'utilisation de la main-d'oeuvre médicale de manière appropriée pour les nouvelles réalités de la santé, notamment la prise en charge des patients chroniques.

Et la proposition qu'on vous a faite il y a à peu près trois ou quatre semaines, je ne le discuterai pas, c'est pour moderniser la rémunération des médecins en vertu des meilleures pratiques internationales et toutes les études, au cours des 20 dernières années, dont deux études du Commissaire à la santé, 2015 et 2017, les deux, en puisant... toutes les meilleures recherches dans la littérature internationale qui disent que la rémunération à l'acte, ce n'est pas approprié, ce n'est plus approprié, c'est dépassé et qu'il faut une rémunération mixte qui combine prise en charge, donc capitation, qui combine salariat et une partie de rémunération à l'acte, mais une partie minoritaire et non pas à 70 % comme c'est le cas actuellement. Donc, j'attire votre attention là-dessus et je vais faire parvenir à l'ensemble des membres de la commission santé, y compris mon collègue de la CAQ, puisque nous avons certaines divergences sur ces visions-là... Et on est au Parlement, et donc il faudrait qu'on apprenne à se parler et de s'inspirer des meilleures pratiques.

M. le ministre, j'ai examiné, avec mes collègues, bien sûr, le tableau dans... la source du tableau, oui, alors, sur la banque de données sur les cadres, les salariés du réseau de la santé, d'accord, qui date... un tableau mis à jour en février 2018. Je pourrais le faire parvenir. Mais ce que je voulais attirer votre attention, c'était qu'il y a une baisse du temps supplémentaire entre 2012-2015 — c'est une bonne chose, d'accord — le temps supplémentaire payé pour les infirmières, pour engager des infirmières dans le réseau. C'est une bonne chose. Tant mieux. Mais cette baisse n'est pas assez substantielle, on en paie encore trop.

On payait, en nombre d'heures supplémentaires, en 2016-2017, encore 3,8... non. Excuse-moi, peux-tu me le dire ici, là? Oui, 3,8 millions de dollars, 4 millions de dollars, en baisse de 200 000 \$, à peu près, en 2012-2013. Non, excusez-moi, je suis dans les patates. Ça, c'est le nombre d'heures, 3 000... Bien oui, parce que ça me paraissait trop bas, je me disais : Ça ne peut pas être pas 3 millions non plus. M. le Président, ça ne m'arrive pas souvent, je dois me rétracter honorablement. C'est 3 800 heures de travaux... d'heures supplémentaires, qui constituent quand même 171,6 millions de dollars. Donc, c'est 170 millions de dollars. Et le ratio d'heures... il y a un autre élément, dans le réseau, qui est problématique, c'est le ratio en assurance salaire dans les établissements publics. Ce ratio, malheureusement, a augmenté à la fois pour les infirmières et les infirmières auxiliaires. On est passé d'à peu près 5,9... ou plutôt 6 à 6,40. Pour les infirmières auxiliaires, on est passé de 6,4 à 9,24. Ça, c'est en pourcentage, donc le nombre d'heures payées en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées. Donc, ça veut dire de plus en plus de gens sont malades, sont forcés à se retirer, et on perd donc de l'assurance salaire.

Il existe une perception, chez les gestionnaires et chez les employés, que le temps supplémentaire est toujours privilégié par rapport aux postes à temps plein. On sait le débat qu'on a eu récemment sur la nécessité de pourvoir des postes à temps plein et réguliers aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux techniciens de radiologie, donc des postes à temps complet. Autrement dit, on a l'impression qu'il y a deux enveloppes distinctes : une qui semble être gérée de manière très, très serrée, c'est celle de la titularisation des postes, d'afficher des postes réguliers complets puis de les octroyer, puis l'autre enveloppe, qui est une qui semble sans fond, celle des enveloppes pour payer en temps supplémentaire ou pour payer pour les assurances salariales pour, bon, les gens qui tombent au combat.

Est-ce que le ministère a prévu quelque chose pour corriger ça? Parce que, comme je vous l'ai dit, sur le tableau, malheureusement, oui, il y a une petite baisse, mais on passe de 3 880... 3 millions, c'est 3 millions...

• (11 h 50) •

Une voix : 3 millions.

M. Khadir : Mais ça me semble tellement exorbitant. J'ai même de la difficulté à lire les chiffres tellement ça me semble juste insensé qu'on paie autant d'heures supplémentaires. 3,8 millions, sans baisser. Puis ça a remonté encore ces derniers temps. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui se dit, dans leur ministère, chez vos collègues les sous-ministres : Aïe! il faut faire quelque chose? Pourquoi on paie autant d'heures supplémentaires, alors qu'on pourrait payer des gens dans des postes réguliers puis stabiliser un peu notre réseau?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Mercier. Il reste 8 min 45 s, M. le ministre.

M. Barrette : Combien, M. le Président?

Le Président (M. Merlini) : 8 min 45 s

M. Barrette : Oui. Parce que, dans l'équilibre du temps, je pourrais le prendre au complet, mais je ne le ferai pas.

Une voix : ...

M. Barrette : C'est vrai. Bien, d'abord, justement, là, pour des raisons, justement, d'équilibre, je vais souligner le commentaire de mon collègue, qui a pris le temps d'avoir le plaisir de noter et de me féliciter sur la négociation que nous avons faite sur les médicaments génériques. D'ailleurs, félicitations qui sont venues aussi des autres provinces et des grands médias nationaux à l'extérieur du Québec. C'est vrai que c'est un geste important qui a été posé là, et j'en suis très heureux. Puis, parce que c'est au bénéfice des citoyens qui paient des impôts et des taxes, on leur sauve des sous.

Maintenant, pour ce qui est de la question des heures supplémentaires, de la manière que notre collègue, M. le Président, le présente, je dirais qu'il manque un certain nombre d'éléments. Alors, je vais essayer d'ordonner ça d'une façon la plus intelligible possible pour ceux qui sont moins familiers avec ça et qui nous écoutent.

Nous avons signé des ententes collectives, hein, des ententes collectives avec tous les corps de métier dans le réseau de la santé — infirmières, pas infirmières, préposées, technologues, et ainsi de suite — et, dans ces ententes-là, il a été convenu d'une proportion spécifique de postes à temps plein. Et j'insiste là-dessus parce que ça, c'est de la négociation, c'est ce que demandaient les unités syndicales. Ils nous ont demandé d'augmenter le nombre de postes à temps plein. On a dit oui. On a pris le chiffre qu'ils nous ont suggéré. Alors, aujourd'hui, de la part de notre collègue, de demander d'en mettre plus, je veux bien, mais ce n'est pas nécessairement possible, d'une part, et, d'autre part, ce n'est pas ça qu'on nous a demandé. On nous a demandé, oui, une dotation de postes à temps plein stables, mais à une hauteur x, par exemple, de 64 % pour les infirmières, et ainsi de suite, ça, on a ça avec les auxiliaires, et ainsi de suite. On a dit oui à ça parce qu'on a négocié ça en fonction de l'expérience sur le terrain.

Quand je dis : l'expérience sur le terrain, je fais référence au fait que, d'abord, on ne peut pas ne pas avoir des postes à temps partiel. Il n'y a pas d'organisation qui peut avoir des postes à temps plein stables pour tout. Je vais prendre

un exemple qui est spectaculaire, que tout le monde va comprendre : Est-ce qu'on pense vraiment qu'on peut offrir des postes stables pour une carrière de nuit tout le temps, hein? Ce n'est pas ça exactement que le monde recherche. Juste cet exemple-là montre qu'on ne peut pas n'avoir que des postes stables à temps plein. Parce qu'un poste stable à temps plein, ça veut dire : Je vais travailler de telle heure à telle heure, tant de jours par semaine, sur un département, un centre d'activités spécifique. Bien là, ça veut dire que, pour ce poste-là qui est bien construit pour la vie personnelle d'un individu, bien, il y en a un autre qui va se retrouver avec un poste à temps plein pour toute sa carrière, de nuit. Il n'y a personne qui veut ça. Donc, il faut des postes... ce sont souvent des équipes volantes, mais des postes qui varient et du temps partiel.

Maintenant, dans le réseau, là, dans la convention collective qu'on a convenue avec les unités syndicales, après la négociation, il a été aussi convenu, et ça, c'est bien important, M. le Président, de diminuer le recours à la main-d'oeuvre indépendante. Ça, c'est quelque chose qui a été réclamé à corps et à cris par tout le milieu. On a donné suite et on a même dépassé les objectifs qu'on s'est fixés. Il y a des régions au Québec, comme à Québec, là, où les agences, là, qui font le recrutement et la contractualisation de ces professionnels-là, sont en train de fermer. Il n'y en a quasiment plus. Alors, on nous a demandé ça.

Maintenant, si on nous demande ça, M. le Président, bien, c'est sûr que ça fait plus de personnel qui est dans le réseau, et comme les heures supplémentaires, c'est une proportion du personnel en place, augmentant le personnel, la proportion ne changeant pas nécessairement de façon significative, on a au total, comme ce sont des proportions, 5 % de plus. C'est plus que 5 % de moins. Alors, on a plus d'heures supplémentaires qui sont payées.

Maintenant, pourquoi on a du temps supplémentaire? Ce n'est pas par gaieté de coeur. On a du temps supplémentaire parce qu'il surviendra toujours des circonstances où il y aura quelqu'un qui ne sera pas à son poste pour toutes sortes de raisons. Moi, je comprends très bien la mère célibataire qui a elle-même la grippe et que son enfant de deux ans a la grippe, puis là il faut qu'elle reste à la maison. Bien, il y a des circonstances comme ça qui font qu'il y a une personne, un bon matin, qui n'est pas à son poste de travail pour des raisons personnelles justifiées, et il faut la remplacer. D'où le temps supplémentaire. Alors, de penser qu'on va avoir un système dans lequel il n'y aura pas de temps supplémentaire, c'est évidemment utopique. Je le souhaite, mais c'est utopique.

Et de là, je peux aller très bien sur la question du temps supplémentaire obligatoire. Mais, quand on s'adresse à cette problématique-là, où est le remède à ce problème-là? Le remède, il est dans la dotation de postes et il est dans l'embauche. Et là je me suis prononcé à plusieurs reprises sur l'embauche. On a de la difficulté à recruter en santé, comme ailleurs dans la société, puisque nous sommes dans une situation de plein emploi.

Il y a quelques minutes, M. le Président je voyais passer sur le fil de presse un article de *Radio-Canada* qui faisait état de la démarche qui est entreprise par différentes institutions pour aller recruter massivement les infirmières en France. Bien, ça, ce n'est pas pour le plaisir de recruter des gens, c'est parce qu'on se retrouve dans une situation où il y a moins de monde qui se présente pour prendre les postes.

Une voix : ...

M. Barrette : Bien là, c'est parce que peut-être que le collègue n'a pas été informé, évidemment, que, là, il y avait... Ça se peut qu'il n'ait pas saisi que vous aviez décrété, M. le Président ...

Le Président (M. Merlini) : On essaie, oui, on essaie, M. le ministre d'équilibrer le plus de temps entre les questions et les réponses.

M. Barrette : Voilà. Alors, sur 18 minutes, divisé par deux, ça fait neuf.

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Non, non, mais là ce n'est pas un temps...

M. Barrette : Bien, l'équilibre, c'est la balance de la justice, là. Il y a deux fléaux, hein, puis...

Le Président (M. Merlini) : Dans la réponse que vous donnez, j'essaie de faire compléter la réponse le plus vite possible, mais j'aimerais que le député de Mercier puisse vous poser une autre question. Il reste moins de deux minutes. À vous la parole, M. le député de Mercier.

M. Khadir : Très bien. Alors, quand on reviendra, dans les études de crédits, je reviendrai. Mais vous y réfléchirez.

Moi, je voudrais savoir quels montants ont été investis depuis février 2014, si vous pouvez prendre ça en note, par le ministère de la Santé, en relation avec des projets-pilotes dans les Chirurgie Dix30, le centre chirurgie RocklandMD et le Groupe Opmedic.

Pas besoin de répondre tout de suite. Je vous pose des questions et je reviendrai, d'accord, à l'autre. Les tests d'implantation sur les terrains de la solution informatique de Power Solutions Dtd Pty. C'est tout dans le contexte, là, du financement à l'activité. Le financement à l'activité, là, c'est l'équivalent du paiement à l'acte pour les médecins. Le financement à... si on adopte ça, c'est comme si on adoptait le paiement à l'acte pour le réseau de la santé, avec les mêmes anomalies, les mêmes dangers, les mêmes problèmes.

Aussi, je voudrais savoir le coût du parcours de soins et de services, ce qu'on appelle le CPSS, développé par le MSSS, si ça, ça va inclure la rémunération des médecins ou c'est encore uniquement le travail des équipes de professionnels en soins qui seront évalués.

Donc, c'est mes trois questions. Pas besoin de répondre tout de suite, on reviendra vous voir cet après-midi puis on aura les...

Le Président (M. Merlini) : 42 secondes, M. le ministre.

M. Barrette : ...M. le Président. Le collègue me demande certaines statistiques, M. le Président, à partir d'une certaine date. Je veux simplement lui rappeler que le projet, par exemple, des trois cliniques n'a pas pris naissance en 2014, c'est arrivé plus tard. Alors, il veut avoir le total des sommes investies. Avec plaisir. Mais j'aimerais ça qu'il me répète la dernière question. Je n'ai pas saisi exactement, là.

M. Khadir : ...on appelle le parcours de soins de services, qui a été développé par le MSSS, est-ce que ça va inclure la rémunération des médecins ou c'est uniquement le travail des équipes de professionnels en soins autres...

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Mercier. Il est midi, membre de la Commission de la santé et des services sociaux.

Et, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'après les affaires courantes, vers 15 heures, où elle poursuivra son merveilleux mandat de l'étude du volet Santé et Accessibilité aux soins.

Bon appétit à toutes et à tous!

(Suspension de la séance à 12 heures)

(Reprise à 15 h 9)

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, la commission va donc reprendre ses travaux.

La commission est réunie afin de poursuivre l'étude détaillée... bien, pas l'étude détaillée, j'étais pour dire l'étude des crédits budgétaires du volet Santé et Accessibilité aux soins du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2018-2019.

Nous sommes maintenant rendus à un bloc d'échange avec le gouvernement. M. le député de Vimont, vous disposez de... Mme la secrétaire? 20 minutes. À vous la parole, M. le député de Vimont.

• (15 h 10) •

M. Rousselle : Merci, M. le Président. Aujourd'hui, je voudrais vous parler... Vous avez fait de grandes choses justement dans le système de la santé et, entre autres, vous avez touché justement les médicaments génériques. On sait que, bien, à un moment donné, vous avez rentré là-dedans parce que, justement, on payait trop cher, et puis à un moment donné on veut faire des économies. C'est comme n'importe qui dans son budget, même, personnel, chez eux. Si t'es capable d'avoir des choses moins chères, ou peu importe, dans le commerce, bien, tu vas aller chercher justement des endroits où tu vas pouvoir... ou tu vas essayer des manières de payer moins cher les choses que tu achètes. Aujourd'hui, on parle de médicaments, donc, médicaments qui... Puis d'ailleurs il y a d'ailleurs la Régie de l'assurance maladie du Québec qui en paie un bon coup parce que, quand on regarde l'assurance, quand on regarde les gens qui sont assurés par le gouvernement, bien, les prix des génériques, bien, ils étaient trop élevés.

Donc, vous avez fait des projets de loi. Vous avez fait des lois pour justement regarder ça, pour, au moins, essayer de couper un peu plus, là, la part de profit des compagnies. Et vous en êtes arrivé justement avec un projet de loi en ce sens, le projet de loi n° 81, si on se rappelle bien. Et je sais bien qu'en 2006 juste les médicaments génériques comptaient pour 27,1 du coût des médicaments dans le régime public, soit 852 millions, en incluant la marge du grossiste, là — aïe! c'est de l'argent, ça là, là — comparativement à 72,9 %, donc 2 295 000 000 \$, là, pour les médicaments innovateurs, y compris, justement, certains médicaments ne pouvant pas être classés comme génériques ou innovateurs. Quand on regarde ça avec le projet de loi n° 81, qui vise à permettre au ministère, le service santé, de procéder à des appels d'offres, chose qu'il n'y avait pas avant... On a regardé aussi qu'est-ce que les autres provinces faisaient là-dessus dans le but d'obtenir de meilleurs prix pour certains médicaments génériques au Québec. Puis ça a été adopté justement par l'Assemblée nationale.

Devant cette possibilité-là, le ministre... bien, on a justement regardé ça. Et puis l'Association canadienne du médicament générique, justement, a voulu justement conclure une entente, parce que, là, c'est certain qu'on s'en venait avec une loi, puis ils ont bien vu qu'on était comme vraiment décidés. Et vous avez réussi justement à vous entendre avec eux pour cinq ans. Donc, c'est certain que, pendant ce cinq ans-là, on s'est dit : Bien, écoute, en contrepartie, on n'ira pas... Le ministre s'est engagé à ne pas recourir aux appels d'offres, donc, pour l'achat de médicaments. Mais je pense que l'entente qui a eu lieu, vraiment, ça a été bénéfique pour le Québec parce que c'est nous... Dans le fond, quand on parle du gouvernement, c'est tous et chacun, ici, qu'on est le gouvernement. Donc, on sauve tous de l'argent. Donc, c'est, annuellement, l'économie, 304 millions. C'est beaucoup, donc, 1,5 milliard d'économies pour les cinq ans.

Les actions posées quand on voit ça : le 9 juin 2016, adoption du projet de loi n° 81; 16 juillet 2017, l'annonce de la conclusion de l'entente avec le ministre de la Santé et Services sociaux et, justement, les fabricants de médicaments génériques; 1er octobre 2017, entrée en vigueur des modalités de l'entente, donc c'est rentré; puis, le 1er avril 2018, entrée en vigueur des baisses de prix publiques issues de l'entente.

Moi, je voudrais vous entendre, M. le ministre, là-dessus parce que beaucoup de gens de la population ne comprennent pas... Oui, on sauve de l'argent, mais cet argent-là, on va s'en servir pour quoi? Est-ce qu'il va retourner à l'intérieur du

système de santé? Vous avez toutes les questions qu'on peut se poser. Donc, j'aimerais savoir... Premièrement, vous avez conclu justement une entente en juillet avec l'industrie canadienne du médicament générique. Juste nous expliquer qu'est-ce qui a amené à cette conclusion-là de cette entente puis pourquoi que c'est bon pour les Québécois et les Québécoises.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Vimont. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, merci, M. le Président. La question est vaste, et je vais essayer de synthétiser le plus possible ce sujet-là, qui a une certaine complexité, je pense que tout le monde va en convenir. Et non seulement il y a une complexité, mais il y a des impacts importants dans la société.

Et c'est un hasard, M. le Président. Je n'avais pas prévu, évidemment, que nous aurions une séance prolongée aujourd'hui, 1er mai, sur l'étude des crédits, mais il se trouve qu'en cette journée de la fête des Travailleurs à l'international, nous avons été plusieurs ministres invités à rencontrer... en fait, invités par les syndicats pour nous rencontrer. Et aujourd'hui j'ai eu la chance, oui, puis je le signale, là, la chance, d'avoir une conversation très intéressante avec des représentants syndicaux, là, sans révéler l'organisation qui est venue me voir. Ils viennent tous nous voir, à peu près, là, dans cette journée de fête des Travailleurs, pour avoir des conversations, des échanges informels sur certains sujets.

Et vous ne serez pas surpris que... En fait, je n'ai pas été surpris qu'un des sujets... Il y avait trois sujets à discuter. Puis, encore une fois, sur un mode d'échange, là, d'enjeux sociaux, il y avait celui du médicament. Et je n'ai pas été surpris, M. le Président, parce que la problématique de l'accès aux médicaments est réelle parce qu'elle passe par une structure qui, elle, a un coût. Et, dans l'accès aux médicaments, aujourd'hui, au Québec, on vit dans un régime où nous avons des lois qui font en sorte que chaque citoyen et chaque citoyenne, s'il en a les moyens, évidemment, doit disposer d'une assurance.

Alors, évidemment, les possibilités sont de deux ordres. Soit la personne n'a pas les moyens d'avoir une assurance, auquel cas elle participe au régime public d'assurance médicaments, au régime général d'assurance médicaments, soit elle est dans une autre situation, travailleur autonome, employé dans une entreprise, et ainsi de suite, l'enjeu est une assurance. Puis il y a plein de produits dans le monde des assurances qui permettent de couvrir les besoins en médicaments, soit... Et c'est le cas souvent des employés syndiqués, il y a des régimes collectifs d'assurance médicaments qui existent et dont les coûts sont partagés entre les employés et les employeurs.

Notre collègue, M. le Président, me demande de raconter un peu d'où ça vient, cette affaire-là. Et c'est assez amusant de constater que, dans ce domaine-là, aujourd'hui, s'est bouclée la boucle, en ce sens que, quand on est arrivés en poste en avril 2014, dans les deux à trois premières semaines, un des premiers dossiers que j'ai eu à gérer était celui de l'assurance médicaments, mais vu du côté des employeurs. Les employeurs sont venus me voir, un regroupement d'employeurs et d'assureurs, pour m'expliquer, chiffres à l'appui, économiste en place, et ainsi de suite, l'enjeu que représentait le coût des médicaments au moment où se parlait, à l'époque, dans la société québécoise. Et cet enjeu-là était tel que le... À cause du prix très élevé des médicaments, et donc de sa répercussion sur le coût du médicament et le coût d'un régime collectif d'assurance médicaments, les entreprises, qui répercutent évidemment ces coûts-là sur les produits qui sont payés par les consommateurs, les employeurs étaient rendus à un point de quasi-rupture. Quasi-rupture, c'est : Nous, les employeurs avec les syndicats, là, on est là et on ne peut plus aller plus loin. Et ce qui était un enjeu à la clé était la disparition des régimes collectifs. Qu'est-ce qui arrive si ça, ça arrive? C'est le public qui doit prendre la relève, compte tenu de nos lois. Alors là, ce n'était pas un caprice, là. C'était une réalité, là.

Je dis que la boucle se boucle. Il y a une l'ironie là-dedans parce qu'aujourd'hui un grand syndicat national du Québec vient me voir pour parler d'assurance médicaments aujourd'hui. Je ne vais pas entrer dans ce débat-là, mais ça montre à quel point, en santé, tout commence par un budget, se termine par un équilibre, un déficit ou un surplus. Entre les deux, il y a des services, mais la question budgétaire n'est jamais absente. Et ça, c'est quelque chose que le public doit prendre en considération. Vous savez, on vit dans une société où on pense que tout est gratuit. Évidemment, rien n'est gratuit. Et, dans les services publics, je le dis souvent, on arrive à donner des services parce que nous avons une économie qui est forte. Nous avons, nous, au Parti libéral, créé cette situation-là. On en est fiers. Maintenant, ça nous permet d'avoir de l'emploi, des impôts, des taxes, et ça nous permet de bien gérer et de donner des services publics à la hauteur de ce que les gens souhaitent. Mais il n'en reste pas moins que ça commence par un budget qui, lui, dépend des l'économie ambiante dans la société québécoise. Il faut s'en rappeler. Il faut le souligner. Il faut le dire. On omet trop souvent cet élément-là en pensant que tout est gratuit, et tout ne l'est pas.

• (15 h 20) •

Alors, moi, j'arrive en poste, M. le Président. J'ai les employeurs qui me disent, avec les compagnies d'assurances : Ça ne va pas bien. Et, à la fin, j'ai des syndicats qui confirment que ça allait mal, mais que ce n'est pas encore parfait. Réponse, remède à la situation, il fallait donc s'engager dans une démarche pour que la charge à la société diminue, et la charge pour la société est une charge économique. Alors, le prix du médicament, qui était et qui demeure au centre de ce débat-là, bien, le coût du médicament, il avait été démontré, par plusieurs experts de différents milieux dans tout le Canada, comme étant certainement trop haut par rapport à ce qui existait dans d'autres pays.

Le point de départ, il était mixte. C'était les deux. Il y avait nos différentes situations sur le terrain, hein? Qu'on soit du côté public ou du côté privé, à un moment donné, la charge est trop grande. Alors, il faut poser des gestes pour alléger cette charge-là. Bien, c'est ce que l'on a fait en négociant les prix, parce que nous, on a fait un certain nombre de choses, hein? Une des premières choses que nous avons faites, c'est d'imposer la substitution. Imposer la substitution, ça veut dire qu'à effet égal on peut forcer la livraison d'un générique plutôt qu'un médicament d'origine pour traiter la même... une maladie par deux médicaments équivalents, mais qui sont largement de prix différents. Donc, ça, c'est la première chose que l'on a faite, imposer la substitution.

Il y a des gens qui ont critiqué ça, évidemment, on peut le comprendre, particulièrement les fabricants de médicaments innovateurs, mais c'est un peu un coup d'épée dans l'eau. C'est un peu de bonne guerre, je dirais, aussi. C'est normal, les gens veulent protéger leur marché. Mais c'est à ça que sert un gouvernement. À un moment donné, un gouvernement doit prendre des décisions dans l'intérêt du public, l'intérêt du plus grand nombre. Et l'intérêt du plus grand nombre commandait, à l'époque, et le commande toujours, que les décisions soient prises en fonction de la survie économique de nos régimes. Et la survie économique de nos régimes, c'est de livrer aux citoyens, pour une maladie donnée, le médicament qui a un effet équivalent, mais qui coûte moins cher, et ça, on vient de le nommer, le médicament générique.

Alors, dans la dynamique du coût du médicament, M. le Président, il y en a deux. Il y a les médicaments qu'on dit innovateurs, les médicaments d'origine, qu'on ne peut pas copier. Un générique, c'est une copie. On ne peut pas copier parce qu'il y a des brevets. Les brevets ont une durée de vie. Alors, il ne peut pas y avoir de générique pour un médicament d'origine tant que le brevet n'est pas expiré. Tout le monde va comprendre ça. Maintenant, pendant la durée du brevet, évidemment, les fabricants de génériques, eux autres, mettent au point toutes les techniques chimiques, industrielles pour produire le médicament générique, la copie qui a un effet équivalent, pour le jour 1. Le lendemain de la terminaison du brevet, ils s'en viennent sur le marché avec ça.

Alors, voilà, quand nous, on est ici comme gouvernement, la situation, elle est très simple. D'un côté, il y a les médicaments d'origine, pour lesquels on a un levier, mais qui est moins grand parce que notre levier, c'est l'accès au marché. On négocie avec eux des prix à la baisse. Les prix à la baisse ne sont pas toujours spectaculaires, mais ils sont significatifs. On fait, là-dedans, des économies qui sont substantielles. Mais ce sont des négociations de gré à gré par opposition à des appels d'offres, par exemple.

Alors là, on fait affaire, au Québec, avec le reste du Canada grâce à l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, par lesquels... avec lesquels, c'est-à-dire, on peut avoir un effet de levier, par le volume, avec une compagnie qui, elle, présente nouvellement, parce que c'est un innovateur, un nouveau produit au Québec. On fait ça et, en faisant ça, on arrive à faire des économies substantielles. Du côté des génériques, on pouvait faire la même chose. On pouvait exactement faire la même chose, se mettre avec l'alliance pancanadienne et faire des appels d'offres globaux pour faire baisser le prix. Dans mon expérience...

Et là je vais faire une parenthèse, M. le Président. Les gens se demandent souvent... hein, il y a beaucoup de critiques, en disant : Ah! les médecins, la santé, c'est une bonne affaire. Bien, je dis toujours la même chose : Ce n'est pas obligatoire, mais c'est bien utile d'avoir quelqu'un qui a une expérience en santé, qui est bilingue, dans ce monde-là pour faire des appréciations et prendre des décisions.

Dans le médicament générique, bien, moi, je savais très bien, là, par expérience et connaissance, les deux, que le prix était très élevé par rapport à la marge de profit qui est nécessaire pour qu'un fabricant puisse survivre, hein? Ça, c'est le coût de production avec une marge par-dessus qui fait que la compagnie survit, fait des profits. Maintenant, là, quand on est au-dessus d'une certaine marge, là, bien là c'est beaucoup, beaucoup, beaucoup de profits. Et là c'est qui qui doit avoir préséance, hein? Est-ce que c'est l'acheteur, donc l'État québécois, ou la compagnie? D'où l'enjeu de cette négociation-là.

Alors, on a embarqué dans une dynamique très simple. Le marché ne... Premièrement, le Canada... parce que je faisais référence à l'alliance. Moi, je trouvais que l'alliance ne négociait pas assez agressivement. Dans mon expérience et ma connaissance, j'étais convaincu qu'on pouvait aller chercher des économies très substantielles. Mieux, M. le Président, un de nos collègues, le député de Mercier, lui, était convaincu encore plus que moi, mais lui préconisait une approche extrêmement agressive qui avait, par contre, le désavantage de faire disparaître l'industrie pharmaceutique au Québec et peut-être même au Canada. Ça, là, on ne le dira jamais assez, on peut être très agressifs, mais il y a une conséquence. La conséquence, c'est qu'il y a de l'emploi qui se perd, et là c'est le cercle vertueux de l'économie qui disparaît.

Le marché ne voulant pas agir, l'alliance pancanadienne étant, à mon avis, insuffisamment agressive, nous avons choisi d'aller mettre... déposer et adopter une loi qui nous permettait et qui nous permet encore de faire des appels d'offres si on le souhaite. L'appel d'offres, c'est un peu l'arme atomique dans ce genre de marché là. Et l'objectif était d'avoir un levier pour forcer l'industrie à négocier de façon adéquate. Et, pour nous, ce n'était pas compliqué, là, ceux qui étaient ici et qui ont vu les commissions parlementaires, on a vu la réaction de l'industrie, hein, qui a dit : On va disparaître, les bannières vont mourir, et ainsi de suite.

Mais ce n'est pas ce qui est arrivé. Nous ne sommes pas allés en appel d'offres parce qu'à minuit moins une, littéralement, puis ça, c'est vraiment à minuit moins une, là, puis c'était vraiment ça, le téléphone a sonné puis on nous a dit : On veut négocier. Parfait. Résultat, nous avons réussi à conclure une entente, qui, elle, est secrète, je n'ai pas le choix, qui fait en sorte qu'on va chercher 40 % d'économies. 40 % d'économies, c'est tellement spectaculaire que nous avons été encensés publiquement au Québec, dans le reste du Canada, où il a été écrit, à de multiples reprises, «thanks to Québec» parce que, là, ils ont suivi. L'alliance pancanadienne a suivi nos pas, et ils ont dit : O.K., c'est ça, la démarche. Et ils ont eu une économie dans une formule qui est différente de la nôtre.

Ce 40 % d'économies là, dans le régime public d'assurance médicaments, aura l'effet suivant. Le citoyen, lui, là, il va payer moins cher. Sa prime va être moins chère, il va payer moins cher. Il y a, à partir de maintenant, une réduction du coût aux citoyens qui est réelle. Pour le côté privé... parce que je disais tantôt, là, qu'il y a le régime public pour certaines personnes, particulièrement les personnes âgées et les personnes qui sont sur l'aide de dernier recours, par exemple. Eux autres, ils vont voir l'économie. Maintenant, l'idée était aussi d'avoir une pression réelle sur le côté privé pour que, dans le côté privé, eux aussi aient leur économie. Et là nous, on monitore ça de très près pour s'assurer que l'économie soit au rendez-vous.

Aujourd'hui, on arrive dans une période d'un autre débat, le débat successif à ce que nous avons fait. Nous avons fait la démonstration qu'on pouvait avoir des prix plus bas pour le bénéfice de toute la population. Et aujourd'hui on arrive à

une nouvelle période qui est celle du débat qui est en train de se faire actuellement au fédéral, qui est le débat sur la création d'un régime d'assurance médicaments national piloté par le fédéral. Est-ce que ça, ça va aller de l'avant? Je ne peux pas vous le dire. C'est le fédéral qui est rendu là. Mais force est de constater que ce que le Québec a fait dans les dernières années a non seulement laissé des traces qui ont été saluées, mais ont stimulé d'autres instances pour aller peut-être plus loin encore dans le monde du médicament.

Bref, et je conclus là-dessus, vous me faites signe que le temps s'achève, bref, il y a une chose qui est certaine, ce dossier-là arrive à une autre étape. Nous sommes allés très loin dans la dynamique qui est celle du Québec. Clairement, dans le Canada, nous entrons dans une nouvelle période où un nouveau débat commence à émerger. Et je peux même vous prédire que, dans la prochaine campagne électorale fédérale, je vous fais cette prédiction et je suis sûr de ne pas me tromper... je vous prédis qu'il y aura un débat d'assurance médicaments national, et on verra quels en seront les paramètres éventuellement.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec la partie gouvernementale.

Nous allons maintenant du côté de l'opposition officielle. M. le député de Saint-Jean, vous avez un bloc de 20 minutes. À vous la parole.

• (15 h 30) •

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Vous saluer, saluer M. le ministre, les gens de son équipe, tant du cabinet que du ministère, les collègues, les députés du gouvernement, notre collègue de la deuxième opposition.

Ma première question, M. le Président, le ministre a abordé un peu la question. Avec le projet de loi n° 148, le ministre oblige ou impose une limite maximum de 50 % des approvisionnements pour les pharmacies par rapport à... pour chaque fournisseur. Lors de ce débat-là sur le projet de loi, j'avais demandé au ministre à savoir est-ce que nous pouvons avoir la répartition entre les génériques et les innovateurs pour chacun des établissements, la question 102 et la question 103 des cahiers des crédits pour les questions particulières de l'opposition officielle. La réponse que nous avons obtenue : «En raison du type de système d'information utilisé dans les établissements de santé, les données ne peuvent être ventilées entre les produits génériques et les produits innovateurs ni par fournisseur. Le tableau identifié en annexe présente la dépense totale en médicaments par établissement pour l'exercice financier 2016-2017.» Le ministre, à l'époque, m'avait dit que, pour les pharmacies, il était possible, comme dans un dépanneur, d'avoir un fichier Excel et de faire de la comptabilité. Donc, de ce que je constate, c'est que le réseau public n'est pas capable de le faire.

Donc, comment il explique qu'il demande aux pharmacies de faire quelque chose que ses propres établissements ne sont pas capables de faire?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Saint-Jean. M. le ministre.

M. Barrette : Mais là pouvez-vous répéter la question? Pas l'introduction, mais la question à la fin?

M. Turcotte : Comment le ministre explique-t-il que les établissements ne sont pas capables de nous produire les données, la répartition, et il le demande aux pharmacies? Donc, sûrement que les établissements... Il y a quelqu'un qui paie à quelque part la facture des médicaments, donc on doit bien savoir à qui on la paie, la facture. Donc, pourquoi on n'est pas capables d'obtenir ces données-là?

M. Barrette : Bien, vous me demandez... Je ne critique pas la question sur le fond, mais je critique la critique induite ou implicite à la question. Je ne peux pas donner quelque chose que je n'ai pas. Alors, on me demande comment ça se fait qu'ils ne le font pas. Bien, manifestement, parce que personne n'a jamais eu la consigne de le faire. Alors, personne n'ayant jamais eu la consigne de le faire, lorsque vous nous envoyez un cahier de questions pour les crédits, si ça ne se fait pas, ça ne se fait pas, là. Alors, ce n'est pas de la mauvaise foi, c'est simplement le résultat d'une réalité qui n'a pas d'impact dans la gestion du réseau, évidemment, qui a certainement un impact pour la réflexion de notre collègue, puisqu'il veut voir la différence entre les deux catégories. Je ne l'ai pas, la donnée. Je voudrais bien lui donner la donnée, mais je ne l'ai pas.

Alors, à la question : Comment je l'explique? Bien, c'est simple : Ils ne l'ont jamais fait, et je ne peux pas l'avoir dans un court délai. C'est un... ça serait une charge de travail importante. Peut-être qu'on devrait le faire pour le futur, mais là, malheureusement, je ne peux pas donner une information dont je ne dispose pas et dont le réseau ne dispose pas actuellement.

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

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Lors de l'étude du projet de loi, le ministre avait dit qu'il allait... que ça prenait quelques mois, à ce moment-là, c'est ce qu'il confirme aussi. À ce moment-là, il nous avait dit : Nous allons regarder ce que nous pouvons obtenir comme information. Force est de constater que le ministre n'est pas encore capable de répondre à cette question-là. Je comprends que ce n'est peut-être pas la priorité du ministre d'avoir cette information-là, mais nous considérons qu'il est important de pouvoir voir aussi pour les établissements quelle est la répartition entre les génériques et les innovateurs. Peut-être que nous pourrions aussi constater certaines économies qui pourraient être faites pour les établissements. Donc, d'avoir cette information-là nous permettrait d'analyser davantage cette situation-là, tant pour nous que pour le ministre lui-même, qui cherche, justement, des économies à faire avec les prix des médicaments, que nous voyons augmenter sans cesse.

M. Barrette : Alors, là-dessus, M. le Président, je suis tout à fait d'accord avec le collègue. Par contre, j'ai une... je peux lui dire qu'il y a de l'espoir, en ce sens que, comme je l'ai dit à une question précédente, pas aujourd'hui, mais je pense que c'était la semaine dernière... où j'indiquais au collègue qu'actuellement nous sommes en train d'uniformiser et d'informatiser la collecte de données dans le réseau. Et, quand on parle de collecte de données, bien, là, on parle de collecte de données aussi à la pharmacie. Le jour où cette donnée-là sera collectée, là — je pense que ce n'est pas un bon mot en français — sera recueillie d'une façon uniforme et informatisée sur tout le territoire du Québec, à mon avis, il sera sans aucun doute facile de faire cette analyse-là et de conclure s'il y a des possibilités d'économies supplémentaires.

Je fais un parallèle, M. le Président, avec les achats de fournitures. On est en train d'informatiser toutes ces choses-là. Et, un jour prochain, je dirais d'ici un an, un an et demi environ, là, lorsque tout sera complété, il sera possible, par exemple, de déterminer certainement le coût — non seulement le coût, mais les quantités d'achats de tel ou tel médicament, générique ou non — comme il va être possible de déterminer la quantité, le coût et la distribution dans un territoire donné d'achats de prothèses de hanches, de filtres pour appareils d'hémodialyse, de cathéters, et ainsi de suite. Tout ça va être informatisé. Aujourd'hui, on ne l'a pas. Pour avoir pu répondre à la question qui nous a été posée, M. le Président, ça aurait exigé un travail long, exhaustif de recueil ou de revue manuelle de tous les achats. C'était beaucoup demander au réseau, là.

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

M. Turcotte : Merci, M. le Président. J'aimerais revenir sur le dossier du Spinraza.

Une voix : ...

M. Turcotte : Le Spinraza. À savoir pourquoi le programme de patients d'exception, le programme de patients d'exception ne s'applique pas pour des médicaments qui doivent être administrés à l'hôpital, comme c'est le cas du Spinraza, qui a quand même une valeur importante, on comprend, là, une question de coûts importante. Mais, actuellement — puis j'ai questionné le ministre sur cette question-là lors de l'étude du quart des crédits — l'INESSS reconnaît une certaine valeur à ce médicament, mais, bon, il y a une question de coûts, bien entendu, par rapport au médicament, mais il y a quand même un certain nombre, là, d'enfants et de personnes qui pourraient bénéficier de ce médicament au Québec. Plusieurs collègues m'ont interpellé, entre autres, mon collègue le député de Sanguinet, pour le jeune Malik, dans Sanguinet, mon collègue le député de Richelieu, pour le jeune Liam, dans le comté de Richelieu, le petit Émile dans mon coin. On est tous, là, interpellés, chacun des députés, donc... essayer de trouver une solution pour que ces enfants puissent avoir accès à ce médicament qui peut avoir un impact pour eux.

Un certain nombre de pays dans le monde ont reconnu ce pays-là... entre autres, la Croatie, récemment, si je ne me trompe pas, je crois, l'Australie aussi, récemment. Donc, il y a à peu près 35 pays, là, sur la planète, qui ont reconnu ce médicament. Donc, pourquoi le programme patients d'exception ne pourrait pas s'appliquer à un tel médicament administré en hôpital? Et ça pourrait régler une partie de la situation malheureuse pour ces parents, pour ces enfants.

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

M. Barrette : M. le Président, s'il y a consentement — parce que c'est très technique, dans le monde de la pharmacie — s'il y avait consentement, je donnerais à mon collègue la possibilité d'expliquer la mécanique précise qui fait qu'au moment où on se parle la façon dont on gère cette situation-là, elle est prévue dans nos règles. Et je permettrais à mon collègue, s'il y a consentement, de donner cette explication-là, détaillée, une fois pour toutes.

Le Président (M. Merlini) : Est-ce que j'ai le consentement des membres?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Merlini) : Consentement. Alors, s'il vous plaît... Pardon?

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui, oui, tout à fait, tout à fait, dans une réponse proportionnée au temps...

M. Barrette : Bien, vous allez avoir une réponse courte, ce n'est pas moi qui vais la donner.

Des voix : Ha, ha, ha!

Le Président (M. Merlini) : Alors, s'il vous plaît, vous identifier, pour les bienfaits de l'enregistrement, et aller immédiatement à la question du député.

M. Bélanger (Dominic) : Oui, bonjour. Dominic Bélanger, directeur par intérim, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament au ministère de la Santé. Bien, simplement, précision : quand on fait référence à... il y a une mesure de patients d'exception dans le régime général d'assurance médicaments, mais il faut juste préciser que le Spinraza, c'est un produit qui est utilisé au niveau hospitalier.

Le pendant, on pourrait dire, de patients d'exception, c'est les dispositions qui existent à l'article 116 de la loi sur la santé et les services sociaux, et il y a toujours une possibilité d'utiliser un produit dans des circonstances de nécessité médicale particulière, et ça, c'est au niveau des établissements de santé, au niveau local. Tout simplement, en complément, que le Spinraza, c'est un produit qui a été évalué par l'INESSS et qu'il fait l'objet de discussions actuellement à l'échelle pancanadienne, au niveau de l'alliance pancanadienne pharmaceutique.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. M. le député de Saint-Jean.

• (15 h 40) •

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Effectivement, il y a un pendant par rapport aux patients d'exception pour les médicaments qui sont administrés en hôpital. L'enjeu, c'est que c'est quand même le CMDP qui doit déterminer si le patient peut avoir accès ou non à ce médicament, et, en bout de ligne, c'est l'établissement qui devra assumer le prix, le coût de ce médicament-là, de la dose qui est octroyée, de ce qu'on m'a expliqué, ce qui fait en sorte que ça devient difficile, financièrement, pour des établissements, d'aller de l'avant dans ce type de situations là, contrairement à si c'est patients d'exception, de ce que je comprends, c'est que c'est davantage le ministère ou du moins nationalement que la dépense est imputée et non pas à l'établissement lui-même. Donc, c'est une option. Mais, comme il y a des coûts importants puis que les établissements, c'est difficile financièrement pour eux d'assumer cette dépense-là, ça devient difficile de trouver des établissements qui acceptent, au fond, d'aller de l'avant.

M. Barrette : Alors, ce que je... Ce n'était pas une question, c'était un commentaire, mais je vais y répondre. Alors, M. le Président, je constate par l'intervention de notre collègue qu'il a bien fait ses devoirs, là, il connaît très bien la situation. Je l'en félicite.

Maintenant, là, on arrive au vrai vif du sujet, là, que le collègue recherche, qui est celui de la dispensation d'un médicament qui coûte excessivement cher et qui a des indications très ciblées. Alors là, on tombe... à ce moment-là, on revient à la case départ de nos règles, qui prévoient que, pour n'importe quel médicament qui devient... qui est un jour inscrit au formulaire, le formulaire étant la liste des médicaments que l'on autorise, que l'on couvre, pour n'importe quel médicament, il y a, et surtout les nouveaux médicaments, évidemment, il y a un moment où l'INESSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, doit faire une évaluation, une évaluation, comme le collègue le sait bien, je pense, une évaluation qui prend en compte pas simplement le prix du médicament, mais évidemment son efficacité, du médicament en question, et arrive, là, à un moment donné, le moment où l'INESSS doit faire une recommandation, la recommandation étant pour la valeur thérapeutique que le médicament a. Et quand je dis «valeur thérapeutique», c'est la valeur thérapeutique reconnue par les études scientifiques, pas par le gouvernement. Ce n'est pas de l'arbitraire. L'INESSS a la responsabilité de faire l'évaluation de la littérature, qui peut parfois être très vaste, et de dire : Voici, ce médicament-là, pour le prix, fonctionne peu ou fonctionne très bien, et faire la recommandation. Pour nous, au gouvernement, lorsqu'on a cette recommandation-là d'aller de l'avant ou non — parfois, c'est une zone un peu grise — on a une décision à prendre.

Alors, lorsqu'un médicament — parce que la question qui vient tout de suite après, elle est très simple — lorsqu'un médicament coûte très cher, des centaines de milliers de dollars par année par personne, mais que l'efficacité est très grande, on le paie, on le couvre, on le fait tout le temps. Et par contre, lorsque c'est le contraire, à savoir que le médicament coûte très cher, mais l'efficacité est faible, là, on ne... ou même quasi nulle, là, mais en général c'est simplement faible, on ne le couvre pas. Et c'est ça qui est l'enjeu du Spinraza. L'enjeu du Spinraza, il est de trois niveaux : il y a, un, son coût — et je ne les mets pas en ordre d'importance — il y a, un, son coût, deux, son efficacité et, trois, son indication parce que le Spinraza est un médicament qui vise le traitement d'une maladie qui a plusieurs formes, plusieurs types de présentation, et, dépendamment du type de présentation, il est montré dans la littérature qu'il est un peu efficace dans un type, mais pas vraiment dans les autres, et on se retrouve dans une situation où on nous demande de le couvrir pour tous les types... d'abord le couvrir, tout court, et ensuite pour tous les types.

Avec ce que je viens de dire, il y a deux discussions à y avoir. Alors, est-ce qu'on le couvre? Et après : Pour quels types? Et, si on choisit un type et pas les autres — parce qu'essentiellement, c'est un peu ça, là, la réalité — bien là on va encore avoir le même débat sur les autres types. A un moment donné, là, c'est difficile, prendre ces décisions-là, mais il faut les prendre, parce qu'encore une fois, j'en ai parlé aujourd'hui, il y a un enjeu qui est budgétaire pour tous les gouvernements, et on ne peut pas tout payer, et il y a des choix à être faits, et les choix, on les fait sur la base de données objectives et sur l'appréciation d'organisations, elles, neutres. Ce n'est pas moi ni mes collègues qui sont ici, au salon rouge, qui prennent la décision, ce sont des experts à l'INESSS qui ont la liberté de faire l'analyse et l'indépendance, et ils font une recommandation, et je suis assez fier de dire que je n'ai pas renversé de décision de l'INESSS parce que, là, ça devient... ça serait d'introduire un arbitrage politique. Et là l'échange que l'on a nous dirigerait potentiellement vers un arbitrage politique, alors que je pense qu'en toute équité pour la population on doit avoir la même approche pour tout le monde, aussi désagréable que ça puisse être, parce que ça l'est, pas pour moi, mais, pour les gens qui reçoivent la décision, c'est désagréable. Alors, c'est là où on est.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député, il vous reste quatre minutes.

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Pour le dossier des assistants techniques seniors en pharmacie, je n'ai pas besoin d'expliquer qu'est-ce que c'est, à quoi ça sert, le ministre le sait. Est-ce que le ministre envisage rapidement une formation de niveau collégial pour assurer la qualité? Assurer la qualité, mais aussi de rehausser la formation, mais aussi ce poste, dans notre réseau de la santé, un poste important et essentiel pour la santé de notre monde?

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

M. Barrette : C'est ça. Alors, évidemment, là, pour le bénéfice de ceux qui nous écoutent — mon collègue, je veux simplement lui demander de nous le confirmer, là — on parle évidemment de ces assistants, assistantes-là à l'hôpital?

M. Turcotte : Oui.

M. Barrette : Alors, pour que les gens qui nous suivent comprennent bien de quoi on parle, dans le monde de la pratique de la pharmacie, les pharmaciens, les gens pensent en général que les pharmaciens, on parle de pharmaciens dans les officines, les pharmacies qui sont au coin de la rue. Mais il existe des pharmaciens qu'on appelle les pharmaciens d'établissement. Je ne le dis pas pour le collègue, il sait très bien ça, mais pour ceux qui nous écoutent. Il y a des pharmaciens en établissement qui ont une tâche complexe parce que, là, c'est le plus compliqué du monde pharmaceutique parce que c'est une collaboration étroite avec le monde médical, et, pour bien fonctionner, les pharmaciens d'établissement ont fait des représentations pour avoir ce genre de personnel là qui les assiste.

J'ai reçu ça, cette démarche-là, favorablement, et actuellement, bon, on n'est pas simplement en réflexion, mais on est en analyse, plus qu'une réflexion, parce que, là, il y a des enjeux simples : au moment où on se parle, il manque de pharmaciens, il manque d'assistants, et ça ne court pas les rues. Alors, sur le principe de l'organisation du travail, qui ferait en sorte que ces assistants-là aideraient au fonctionnement, à la productivité, et ainsi de suite, c'est vrai, je ne conteste pas ça, mais actuellement on a un enjeu qui est multifactoriel : il manque de pharmaciens, il manque d'assistants, il faut en former, ça demande à ce que j'aie des liens avec ma collègue à l'Enseignement supérieur. Les principes qui sont simples et solides, mais les démarches pour arriver à ce changement-là, bien, ils vont se faire sur un chemin qui va prendre un certain temps.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. 1 min 15 s, M. le député.

M. Turcotte : Il y a quand même des discussions, depuis un certain nombre d'années, pour assurer une formation pour ces assistants techniques seniors en pharmacie, il y a même des discussions, là, des rumeurs comme quoi même l'endroit où la formation pourrait se tenir. Donc, le ministre, est-ce qu'il est ouvert, est-ce qu'il veut aller de l'avant pour une formation pour ces assistants pour assurer le niveau... une formation collégiale?

M. Barrette : Notre collègue, M. le Président, comprendra ma réponse. Quand bien même je suis ouvert, ce n'est pas moi qui n'ai ni l'autorité ni la capacité de prendre la décision d'ouvrir un programme ou d'augmenter un programme, ça doit se faire en collaboration avec ma collègue, et la collaboration, elle est là, nous collaborons, nous faisons ces évaluations-là. Mais à partir du moment où on a établi la valeur d'une action, bien, là, la problématique de la mise en application, qui implique plus qu'un ministère, qui, lui, a son environnement et ses contraintes... Alors, encore une fois, je le répète, sur le principe, c'est quelque chose à propos duquel j'ai des ouvertures, tout à fait, sur l'application, malheureusement, pour des raisons purement techniques, opérationnelles, ce n'est pas demain matin que ça va se régler, là. Puis, je le répète, je termine là-dessus, M. le Président, dans le monde de la pharmacie hospitalière, toutes catégories d'employés confondues, on a, là aussi, des pénuries, là, au même titre qu'on en a chez les préposées. C'est ça, la réalité du système de santé aujourd'hui.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme, avec ce bloc d'échange, avec l'opposition officielle. Nous allons maintenant du côté du gouvernement, pour un bloc de 19 minutes. Il en reste 18 min 30 s. M. le député de Dubuc, à vous la parole.

• (15 h 50) •

M. Simard : Merci, M. le Président. M. le Président, comme hier j'avais commencé à faire une nomenclature, un petit peu en commençant par le fait de dire que c'était nécessaire que le gouvernement fasse l'équilibre budgétaire avant de faire quoi que ce soit d'autre, je vais continuer dans cette démarche-là, M. le Président, parce que, lorsqu'on veut faire l'équilibre budgétaire, vous allez comprendre qu'il faut se remettre en question partout, dans tous les ministères et également, bien sûr, dans le ministère de la Santé, où 50 % du budget est là-dedans, là. Donc, à partir de là, il faut nécessairement poser des gestes qui sont dans le but justement de conserver... d'avoir d'excellents services pour la population, d'excellents services de santé, mais également s'assurer que les gens en ont pour leur argent, et que, je vous dirai le service de santé va être pérenne, c'est-à-dire qu'il, dans le temps, va pouvoir servir également d'une façon adéquate aux générations futures.

J'ai fait, hier, la nomenclature, j'ai expliqué un petit peu la loi n° 10, M. le Président, qui est la loi que le ministre a mise en place pour optimiser les équipements et les bâtisses dans les régions données, s'assurer justement que chaque bâtisse et tous les équipements servent à l'ensemble de la région, à l'ensemble des gens qui habitent une région et non pas faire des guerres de clocher entre les différents hôpitaux. Et également le projet de loi n° 20 qui, quant à lui, ce projet loi de là, je vais le lire pour permettre aux gens qui nous écoutent de bien comprendre, le projet de loi n° 20, qui est la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. C'est le projet de loi n° 20, M. le Président, qui a permis à 1,1 million de Québécois de plus d'avoir un service de médecine de famille depuis 2014, M. le Président. Donc, à partir de là, les gens comprennent que le projet de loi n° 20 leur permet d'avoir accès à un médecin de famille. C'est un petit peu ce que j'ai expliqué hier sans plus de détail pour aujourd'hui.

Maintenant, M. le Président, étant donné qu'on doit changer la recette que j'expliquais hier, la recette du gâteau, pour avoir, oui, de bons services, mais il faut changer nos façons de faire, le ministre a mis en place la loi n° 130, la

Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux. Dernièrement, M. le Président, le ministre a négocié avec la FMSQ, il s'est dit toutes sortes de choses parce qu'étant donné que la négociation était finie, mais que l'entente n'était pas finalisée au niveau de son écriture, ça a dit toutes sortes de choses au niveau de la place publique. Vous allez comprendre, M. le Président... Mais, dans cette négociation-là, le ministre a porté une attention particulière, porté une attention particulière au fait qu'il y avait des régions, dans le Québec, M. le Président, qui avaient des ruptures de services, des ruptures de services qui faisaient que, momentanément, il n'y avait plus de médecin pour donner les services nécessaires dans les hôpitaux.

Donc, cette négociation-là, M. le Président, avec la FMSQ, qui a fait couler beaucoup d'encre, à partir d'aujourd'hui va permettre... Je vais vous expliquer ça plus en détail, M. le Président, je vais vous le lire : «L'idée derrière la loi n° 130 est de garantir l'accès et le maintien de services en région et garantir la présence de spécialistes et d'organiser des soins en permanence. La loi n° 130 opérait un changement de la culture actuelle pour les couvertures médicales, toutefois sans obliger un médecin, bien sûr, à aller s'installer en région, mais plutôt l'obliger à couvrir et à desservir la population.»

Donc, on ne force pas le médecin à s'en aller rester en région, tout ce qu'on lui dit, c'est : Regarde, tu n'iras pas rester, mais tu vas aller passer quelques jours parce qu'il y a des gens qui ont besoin de toi là, O.K.? C'est ça que ça dit. Parce que ces gens-là ont besoin d'être opérés, ils ont besoin d'être anesthésiés, et c'est des services de base qui... c'est la responsabilité de l'hôpital à couvrir ces services de base là. Mais, quand elle ne le peut pas, M. le Président... les services de base, ce sont les suivants : l'anesthésie, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, la radiologie et la médecine interne.

À partir de ce moment-là, lorsqu'il y a une rupture de ces services-là, M. le Président, c'est la FMSQ qui va assurer d'avoir un médecin qui va couvrir ces services-là, et elle va le faire à ses frais, ce ne sera pas les Québécois qui vont payer, M. le Président. C'est ça que le ministre est allé chercher dans cette négociation-là pour le bien du patient et pour le bien, je vous le dis, là, des Québécois qui paient, à même leur impôt, ces services-là et, bien sûr, pour aider les générations futures à avoir ces services-là même s'ils sont en région éloignée, où il y a des difficultés à avoir véritablement des services. C'est exactement ça que le ministre allait faire, M. le Président, avec ses négociations la FMSQ.

Maintenant, toujours dans cet ordre d'idée, M. le Président, le ministre est allé négocier la loi n° 81, la Loi visant à réduire les coûts de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres. Cette loi vise à permettre au ministre de procéder à des appels d'offres dans le but d'obtenir le meilleur prix pour certains médicaments génériques au Québec. Ces appels d'offres pourront se dérouler selon les principes du plus bas soumissionnaire ou en retenant tous les fabricants qui acceptent d'abaisser leurs prix de vente pour égaliser le prix cible. Ça, ça veut dire, M. le Président, que ça permettrait au ministre d'aller voir les entreprises puis dire : Écoutez, on va en appel d'offres sur des médicaments génériques et on va ouvrir les appels d'offres à telle date. Maintenant, c'est à vous de vous... comme ma grand-mère disait, là, c'est à vous de vous ferrer les deux pieds, là, O.K., là?

Bons. C'est exactement ce qui s'est passé, M. le Président. Savez-vous ce qui s'est passé pour l'ensemble des Québécois, M. le Président? On a épargné 300 millions de dollars, 300 millions de dollars qui n'est pas retourné dans le fonds consolidé de la province de Québec, M. le Président, 300 millions de dollars qui ont été réinvestis dans le système de santé, 300 millions de dollars qui n'ont pas été justement à nulle part qu'à redonner des services à l'ensemble des Québécois, M. le Président. On n'a pas eu beaucoup d'aller chercher ça dans la poche des contribuables. C'est ça que le ministre a fait, M. le Président. Donc, je vais vous dire que c'est... ça s'est fait d'une façon importante, mais, pendant cette période-là, nous, comme députés, puis là, je parle aussi pour les députés de l'opposition, je parle pour notre formation politique, on a rencontré à peu près tous les pharmaciens de nos régions, M. le Président. Ils sont tous venus nous dire que ça ne marche pas, ça va être compliqué, on va être obligés de clarifier du monde, ça n'a pas de bon sens, ça va nous coûter trop cher, puis on va faire trop de coupures dans nos ressources humaines, puis là l'expertise... En tout cas, il n'y a pas grand-chose qui ne s'est pas dit là, M. le Président, mais on les a rencontrés. On leur a expliqué le bien-fondé de tout ça. On leur a expliqué justement qu'avec les nouveaux services qu'ils allaient pouvoir donner aux Québécois, qu'ils allaient nécessairement être rémunérés, et, en tout cas, ils sont partis puis je n'ai pas vu une seule pharmacie qui a coupé du monde. J'ai vu des pharmacies qui avaient rengagé du monde, M. le Président.

Et à partir de là, encore une fois, le ministre, il a travaillé pour qui? Il a travaillé pour les Québécois, M. le Président, pour le payeur, celui qui paie des impôts, M. le Président, mais il a travaillé beaucoup plus pour le patient qui, lui, se rendait à la pharmacie et puis payait certaines choses. Et véritablement on a tous été gagnants dans ça et, en plus de ça, bien sûr, je le répète, puis je le dis souvent, là, les générations futures vont être bien servies à ce niveau-là, M. le Président.

Et, par la suite, le ministre a mis en place le projet de loi n° 92. Tout ça, ça se tient. Si vous regardez, M. le Président, tout ça, ça se tient pour assurer un meilleur service à moindre coût, et s'assurer d'avoir une pérennité dans le temps, mais qui coûte le moins cher possible à la poche du contribuable, M. le Président. Donc, le projet de loi n° 92, la Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesses.

Bon, pour continuer dans la même veine qu'avec les pharmaciens, M. le Président, vous allez comprendre que c'est bien beau de faire la loi n° 81, mais, si on ne va pas vérifier, puis si on n'a pas la capacité de dire : Wo, wo, wo, là! Vous ne respectez pas la loi, là, vous allez payer des amendes si vous ne la respectez pas... Donc, c'est ça que la loi n° 92, elle vient dire : On va rentrer, on va vérifier véritablement par ordinateur, parce que tout ça, ça se fait par ordinateur, on va vérifier les factures puis si vous ne faites pas les choses correctement, vous allez payer les amendes qui sont nécessaires. Donc, les pharmaciens, ils sont suivis.

• (16 heures) •

La loi n° 81, qui, elle, a négocié le prix des médicaments, les pharmaciens doivent la respecter. Ils doivent respecter les façons de faire, mais ils doivent respecter aussi la facturation au patient, la facturation au malade qui va venir chercher ses médicaments, M. le Président. La facturation détaillée des pharmaciens, c'est une obligation aujourd'hui.

Vous savez, lorsqu'on a déposé le projet de loi n° 92, M. le Président, il y a beaucoup de monde qui sont venus rencontrer le ministre, dont l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, qui plaidait pour une transparence de facturation des pharmaciens. Ces gens-là, M. le Président, ils rencontrent... eux autres, ils paient beaucoup, beaucoup, beaucoup aux Québécois. Je vais juste vous donner un ordre de grandeur, M. le Président, ces gens-là... ceux-ci offrent des couvertures d'assurance en assurance maladie complémentaire, assurance vie et protection du revenu en cas d'invalidité à 7,3 millions de Québécois et de Québécoises et ont versé 17,3 millions de dollars en rentes de prestation de maladie, invalidité, assurance vie et participation, à toutes sortes de titulaires de polices. Donc, M. le Président, il y a une réflexion à faire.

Quand vous rentrez à la pharmacie, avant que tout ça, ça soit mis en place, avant le 15 septembre 2017, combien de Québécoises et de Québécois savent, lorsqu'ils paient leurs médicaments à la pharmacie, le montant réclamé au niveau du prix du médicament lui-même, également l'honoraire des frais du pharmacien? Et ceux-ci, bien sûr, varient d'une pharmacie à l'autre. Qui est au courant de ça? Personne. Il n'y avait personne, M. le Président. Donc, ce qu'on veut, c'est que justement, quand tu paies tes médicaments, on veut que les gens sachent c'est quoi ils paient. Et ce n'est pas seulement un médicament, mais c'est beaucoup de choses comprises là-dedans.

Donc, c'est la raison pour laquelle il y a une loi qui s'est faite là-dessus, c'est la loi n° 92. Et les actions posées par le ministre à ce moment-là : le 6 avril 2016, il y a eu le dépôt du projet de loi n° 92, la Loi visant à accroître le pouvoir de la Régie, parce que ça prend nécessairement une poignée, là, pour s'assurer que tout ça, c'est respecté; en novembre 2016, il y a eu le dépôt par le ministre de deux séries d'amendements au projet de loi n° 92, notamment pour proscrire certaines pratiques commerciales dans le domaine de la pharmacie et introduire la facture détaillée au niveau du pharmacien; le 7 décembre 2016, il y a eu la sanction du projet de loi n° 92 et, le 15 décembre 2017, l'entrée en vigueur des dispositions obligeant le pharmacien à fournir une facture détaillée au patient.

J'ai une question, M. le Président, maintenant, pour le ministre. Il va avoir cinq minutes, il va être correct. O.K. Maintenant, depuis le 15 septembre, M. le ministre, depuis le 15 septembre dernier, les Québécois, lorsqu'ils vont chercher leurs ordonnances en pharmacie, reçoivent une facture détaillée sur laquelle apparaissent notamment les honoraires professionnels du pharmacien. Cette avancée est rendue possible par l'adoption à l'unanimité, à l'Assemblée nationale — merci, merci, messieurs — du projet de loi n° 92. Donc, les oppositions étaient d'accord avec ça. Le ministre peut-il nous expliquer quels sont les avantages pour le citoyen de la transparence de la facturation, M. le ministre? Est-ce que vous voulez que je répète ma question?

M. Barrette : Oui.

M. Simard : Expliquez-moi, M. le ministre, expliquez-moi quels sont les avantages pour le citoyen de la transparence au niveau de la facturation des médicaments.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Dubuc. M. le ministre, 4 min. 30 s.

M. Barrette : Fondamentalement, M. le Président, notre collègue de Dubuc a fait vraiment une présentation absolument exhaustive et très intéressante de ce qui a été fait dans différents secteurs et du projet de loi. Je suis impressionné par ça. Parce que, des fois, on travaille fort puis on se dit : Voyons! c'est vrai qu'il s'en est fait pas mal, dans le mandat, hein? Je pense qu'il a bien raison, là. Et c'est vrai qu'on a fait avancer les choses.

Et, sur la question de la facture détaillée, ça, c'est quelque chose qui, pour moi, était très important. Pourquoi? Parce que, comme le collègue l'a dit juste avant de poser la question, c'est une question de transparence. Le collègue se posait la question : Le citoyen, lui, il sait-il vraiment qu'est-ce qu'il paie quand il paie? Ce n'était pas exactement ces mots-là, mais ça revenait à dire ça. Alors, on paie, mais on paie pour quoi? Alors, et c'est important parce que, dans une relation acheteur-vendeur, vendeur-consommateur, le consommateur, c'est fondamental qu'il puisse savoir ce pour quoi il paie, d'une part, mais aussi qu'il ait la possibilité de comparer le prix pour le même produit d'un endroit à l'autre.

Et c'est quand même assez surprenant de constater qu'aujourd'hui, jusqu'à ce qu'on passe cette loi-là, c'était impossible. Dans tous les autres secteurs d'activité où il y a une relation acheteur-vendeur ou plutôt vendeur-acheteur, bien, dans tous les autres domaines, là, on est capable de savoir quel est le prix de ce qu'on achète, d'une part, et, conséquemment, on est capable de voir quel est le prix ailleurs. Et là ça nous permet de prendre une décision éclairée. Il me semble que c'est la condition fondamentale à un système économique qui est performant et harmonieux au maximum.

Alors, dans le monde du médicament, on n'avait pas ça, surprenamment. Et ce qui a été encore plus surprenant, c'est que ce principe-là, que je qualifierais d'universel, bien, il a été contesté et il a même été contesté jusqu'à la cour. Je ne sais pas si le collègue et les autres collègues le savent, mais il y a eu une organisation qui est allée jusqu'à la cour pour empêcher ça, sur une série d'arguments que je ne débattrai pas parce que la cour l'a fait. D'ailleurs, la cour a rejeté cette demande-là, a conclu en défaveur du requérant. La cour a dit : Bien oui, c'est tout à fait correct que le citoyen sache pour quoi il paie. C'est quand même extraordinaire que ça ait été contesté. Et ça l'a été jusqu'à la cour récemment. Le jugement est sorti en 2018, là, au début de l'année.

Alors, ça, ça a été réglé. Et l'objectif était de deux ordres : un, que le citoyen sache pour quoi il paie d'une façon claire; deux, qu'il puisse magasiner si nécessaire. Hein, on est à l'ère aussi d'Internet, là. Je comprends que les médicaments ne s'achètent pas nécessairement sur l'Internet, mais écoutez, là, ne serait-ce que sur le monde virtuel, on regarde la comparaison d'un vendeur à l'autre. Et l'autre élément qui est important, c'est que ce que je dis là, c'est quelque chose, évidemment, dans le secteur public, mais l'impact est beaucoup plus grand dans le secteur privé. Parce que, dans le privé, ce n'est pas nécessairement exactement la même situation.

Alors, dans le privé, là, surtout compte tenu de ce qui avait été révélé en commission parlementaire, on se rappellera qu'il avait été même, de mémoire, admis par les vendeurs que les montants d'argent qu'ils perdaient, entre guillemets, là, auxquels ils n'avaient pas accès du côté public, ils se compensaient du côté privé. Ça fait qu' imaginez, les prix ne sont pas les mêmes, puis en plus on ne sait pas pour quoi on paie, donc on ne peut pas faire de choix d'un endroit à l'autre. C'était ça, l'objectif. L'objectif était de donner le pouvoir du choix au consommateur par le pouvoir de la connaissance du prix. C'était ça, l'idée, et ça a donné ses effets.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre.

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Il vous reste 22 secondes.

M. Simard : Merci. Juste pour dire, M. le Président, pour les gens qui nous écoutent, là, que ça a donné des dents au niveau du ministère. Lorsqu'ils font des vérifications, si les pharmaciens ne respectent pas la loi, M. le Président, il peut y avoir des amendes entre 2 500 \$ et 25 000 \$. Donc, à partir de là, je pense que l'objectif est vraiment là, de protéger le consommateur, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Dubuc, vous avez fini en plein sur la minute. Alors, maintenant, nous allons du côté du deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous avez un bloc d'échange de 18 min 30 s. À vous la parole.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Je vais revenir pour sourire, faire en sorte qu'on ait aussi du plaisir à faire ça. C'est ça aussi, le but de l'exercice, d'avancer comme ça. Je me rappelle les propos du député de Beauce-Sud, hier, qui fait un lapsus en disant qu'il s'adressait au ministre de Lévis. Ça a fait sourire, ça fait chaud au coeur. Je le dis parce que...

Une voix : ...

M. Paradis (Lévis) : Blague à part... Bien, c'est toujours agréable. Mais, blague à part, le député de Beauce-Sud, dans son intervention, mentionnait que 78 % des adultes hébergés dans les CHSLD de Chaudière-Appalaches pouvaient maintenant profiter d'un deuxième bain par semaine. Alors, c'est une statistique intéressante. Pas besoin de vous rappeler, M. le Président, que ça a été aussi une des propositions de la CAQ, le deuxième bain, depuis mai 2015. Pendant deux ans, bien, le ministre a boudé cette proposition de deuxième bain. Mais il a finalement acquiescé...

Le Président (M. Merlini) : M. le député de Lévis, on ne peut pas dire que le ministre a boudé.

M. Paradis (Lévis) : On ne peut pas boudier? Ah! bien, voyez-vous, c'est un mot que je ne savais pas être proscrit.

Le Président (M. Merlini) : Il n'est pas proscrit, mais c'est quand même un propos qui pourrait être blessant.

• (16 h 10) •

M. Paradis (Lévis) : Ah! alors, bon, le ministre a finalement décidé d'acquiescer à cette suggestion-là, sachant pertinemment que la majorité des Québécois et des Québécoises voulaient que les soins d'hygiène soient bonifiés dans les CHSLD. Alors, évidemment, là, le ministre a décidé d'investir, donc, en octobre dernier, a annoncé un investissement de 36 millions pour offrir un deuxième bain, de l'argent qui devait servir aussi... Parce qu'encore faut-il avoir des préposés puis des gens pour les donner, embaucher 600 préposés aux bénéficiaires.

La question que je me posais : Puisque le député de Beauce-Sud a mentionné des données pour notamment sa région, avec ce 78 %, et que plusieurs souhaitent savoir où on est rendus, est-ce que le ministre a un bilan du déploiement du deuxième bain dans les CHSLD? Est-ce qu'il peut nous dire combien d'adultes hébergés en CHSLD ont maintenant droit à un deuxième bain? Puis, au surplus, sur cette volonté d'engager 600 personnes en fonction des sommes qui ont été mises à disposition pour atteindre leur objectif, combien de ces préposés ont été embauchés?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, je vais quand même m'interroger devant tout le monde, ici, face à la question qui m'a été posée par le collègue de Lévis. Parce qu'il est intéressant de constater que le collègue de Lévis ne demande pas un troisième bain. Pourquoi? N'est-ce pas intéressant? Pourquoi pas trois, pourquoi pas quatre, pourquoi pas cinq?

M. Paradis (Lévis) : ...

Le Président (M. Merlini) : Certainement, M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. D'ailleurs, je m'étonne moi-même que le ministre nous parle d'un troisième bain parce que, s'il était à jour dans sa revue de presse, il serait bien au courant que cette idée militante n'a pas été

retenue. Alors, ce qu'on a toujours demandé, c'est un deuxième bain. Fort heureusement, il a acquiescé à notre proposition deux ans et demi plus tard. La question : Est-ce qu'il a un bilan de ceux et celles qui sont en mesure aujourd'hui de recevoir ce deuxième bain?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre.

M. Barrette : La raison pour laquelle j'ai posé cette question-là, M. le Président, c'est pour profiter de... Et je profite de l'occasion pour le mentionner, on m'arrête encore, M. le Président, dans les CHSLD, pour me dire à quel point ce débat-là n'était pas soutenu par les gens qui sont directement concernés, par les gens qui sont en CHSLD. C'est ça, la réalité. C'est un discours fabriqué par le monde politique.

Parce qu'encore aujourd'hui, là, j'étais dans un CHSLD, pas plus tard que vendredi dernier, puis on m'a encore interpellé là-dessus. Et là on parle de familles, là, de familles qui disent : Il ne faut pas faire ça; l'état de mon père, de ma mère est tel qu'on ne peut pas faire ça. On ne peut pas faire ça, là. Un bain, là, c'est un événement, c'est une perturbation. Ça prend une semaine à la personne de s'en remettre. C'est ça, la réalité. Et je l'indique, M. le Président, parce que des fois, en politique, on fait des débats qui sont pour le moins discutables, des approches qui sont particulières. Alors, on n'a jamais compris pourquoi, du côté de la CAQ, on ne demandait pas un troisième, un quatrième, sept bains, tant qu'à faire.

Maintenant, M. le Président, pour répondre précisément à la question qu'on nous pose, il faut comprendre que le nombre de bains est proportionnel au nombre d'embauches qu'on a prévu pour donner le deuxième bain. Alors, l'embauche, actuellement, nous sommes rendus à 800 préposés aux bénéficiaires, ceux qui ont été engagés. Nous avons investi 65 millions de dollars pour embaucher 1 300 personnes, mais là-dedans il y a des infirmières. Nous n'avons pas encore complété l'embauche, pour des raisons que tout le monde connaît, le Québec étant, un, dans une situation de plein emploi, et, deux, moins de gens sont intéressés à prendre ces postes-là.

Le député de Beauce-Sud hier a bien décrit une expérience de formation originale et à être, à mon sens, reproduite ailleurs au Québec. Il fait l'adéquation entre l'embauche actuellement faite, qui est faite spécifiquement pour donner un deuxième bain, et évidemment il fait une règle de trois qui est tout à fait normale, il faut la faire, il n'y a pas d'autres choses à faire, et avec ça on arrive à un pourcentage.

Alors, aujourd'hui, est-ce qu'on a embauché ou réussi à embaucher tous les préposés que nous souhaitons et tout le personnel que nous souhaitons? Pas encore, mais on y est presque rendus.

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

M. Paradis (Lévis) : Mais, M. le Président, toujours des propos étonnants de la part du ministre, qui aura finalement décidé de mettre en place une demande fortement appuyée par la population. Il faut croire qu'il a jugé quelque part que ça faisait sens, bien qu'il ait été très longtemps un adepte de la débarbouillette.

78 % par la règle de trois. C'est ce que nous dit le ministre. L'a-t-il faite, la règle de trois? Est-ce que, ce chiffre-là, on ne l'a que pour les adultes hébergés dans les CHSLD de Chaudière-Appalaches? Est-ce qu'il y a d'autres données telles que celles révélées par le député de Beauce-Sud?, qui a très bien fait, là, c'est loin d'être un reproche. Je lui demande si lui a fait cet exercice-là. Est-ce que le ministre l'a également? Quel est le bilan? Et quel est le nombre d'adultes hébergés en CHSLD qui ont maintenant droit à un deuxième bain?

Et il parlait de 1 300 personnes embauchées, mais, dans le cas précis qui nous occupe, il me corrigera si je me trompe : 36 millions, on souhaite embaucher 600 préposés aux bénéficiaires — je parle de préposés aux bénéficiaires : Est-ce qu'on a atteint cette cible-là? Est-ce qu'on s'y approche?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, aujourd'hui, je n'ai pas la donnée globale pour le Québec du nombre de préposés qui ont été engagés suite à l'annonce de 36 millions de dollars pour ce deuxième bain-là. Je n'ai pas la donnée pour le Québec au complet. J'ai la donnée pour le 65 millions de dollars qui a été annoncé pour embaucher 1 300 personnels : on est rendus à 1 100. Je n'ai pas la donnée panquébécoise pour le 36 millions pour les préposés. Notre collègue a fait une recension de cette donnée-là sur son territoire, c'est tant mieux, mais je n'ai pas aujourd'hui la donnée pour le Québec au complet. On peut la trouver éventuellement, là.

M. Paradis (Lévis) : Je comprends à mots couverts que le ministre pourrait éventuellement... pourrait aller chercher cette donnée-là puis nous la partager le plus rapidement possible.

M. Barrette : Je suis tout à fait d'accord avec ça, dès qu'elle sera disponible. Je ne pense pas qu'on puisse l'avoir pour ce soir, là, mais c'est une donnée qu'éventuellement on aura.

Parce qu'il y a une reddition de comptes, là, là-dedans, là. Comme, par exemple, pour les 1 300 personnels que nous avons annoncé que nous engagerions, il y a une reddition de comptes qui est faite. On a dépassé le cap de 1 100 sur 1 300 pour la première annonce mais qui était une combinaison et de préposés et d'infirmières techniciennes et/ou auxiliaires. De ce 1 100 là, il y a 800 préposés, mais ces préposés-là sont faits pour mettre le réseau, entre guillemets, à niveau, alors que le 36 millions, lui, il est fait spécifiquement pour l'embauche de préposés. Et là on parle grosso modo, en équivalent temps plein, de 600 pour le 36 millions. Alors, ces 600 là, on aura une reddition de comptes mais qui n'est pas disponible maintenant. C'est le genre de reddition de comptes que l'on fait trimestriellement, je dirais, là. Ce n'est pas une mécanique comme ça, mais on ne le fait pas à toutes les périodes, là.

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

M. Paradis (Lévis) : Oui, M. le ministre... Je complète le dossier en disant que le ministre dit : On fait ça trimestriellement. Bien, ça fait huit mois, alors j'imagine que très bientôt on va avoir cette donnée-là. Parce qu'en principe vous devriez l'avoir.

M. Barrette : Je dis : Approximativement, là, ce n'est pas une... C'est une mesure de reddition de comptes que l'on demande, mais il n'y a pas un rapport formel à être fourni à chaque trimestre, là. Je donne un estimé.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, j'aborde une autre question qui avait été abordée hier, histoire de préciser davantage, clarifier en tout cas la réponse concernant la limitation à un an des primes de départ aux anciens cadres du réseau de la santé pour atteindre l'objectif du 200 millions, de sauver 200 millions.

Je me demandais et je demandais au ministre s'il souhaitait ou s'il pensait que le gouvernement libéral fasse adopter, d'ici la fin de la session parlementaire, le projet de loi n° 160 en fonction de cette décision, cette volonté de limiter à un an les primes de départ, et non pas à deux. Toujours en jeu, là, 200 millions de dollars. C'est important. Le ministre, et je le respecte, il a dit : Je ne peux pas m'avancer, je ne peux pas commenter, le dossier est devant les tribunaux. Je comprends, je ne veux pas le mettre dans une situation difficile.

Mais, en ce sens-là, je repose une question simplement pour comprendre l'état de la situation : Est-ce que je comprends que, contrairement à ce qu'on aurait pu croire... Parce que le projet de loi n° 160, l'objectif, c'était justement d'aller au-delà du jugement de la Cour supérieure et d'être en mesure de faire en sorte qu'on récupère ces 200 millions, bref, qu'on ne verse pas deux ans d'indemnités. Est-ce qu'il faut que je comprenne que finalement le gouvernement a porté ce jugement-là en appel, donc qu'on est en processus judiciaire, dans ce dossier-là, ce qui fait en sorte que le projet de loi n° 160, on verra si on en a besoin ou pas? Est-ce que c'est ça qu'il faut comprendre ou si je dois comprendre qu'il y a une négociation actuellement, avec l'association des cadres, pour tenter d'arriver à une entente sur les sommes à verser? Simplement par mesure d'information.

M. Barrette : Pour fins d'information, on est en appel et il n'y a pas de négociation.

M. Paradis (Lévis) : O.K. Je comprends donc clairement que le gouvernement est en appel du jugement de la Cour supérieure qui est favorable à la situation des cadres.

M. Barrette : Exactement.

M. Paradis (Lévis) : Précision dans le temps. Est-ce que je comprends que le gouvernement — le ministre a la liberté de répondre ou pas, là, je ne veux pas non plus bouleverser quoi que ce soit — a donc décidé d'aller en appel après qu'on ait présenté ou qu'on ait déposé le projet de loi n° 160, qui n'a pas encore été appelé? La décision s'est prise par la suite, je présume. Parce que la première volonté était d'y aller, puis le ministre avait dit, il dit : On est dans notre bon droit, là. Ça s'est fait après?

• (16 h 20) •

M. Barrette : On est allés en appel avant.

M. Paradis (Lévis) : O.K. Et après... On était en appel, et le ministre a quand même décidé de présenter un projet de loi en validant le pourquoi du projet de loi, même si le processus était en appel.

M. Barrette : Regardez, regardez, M. le Président, là, je ne veux pas critiquer, mais d'aucune manière, la ligne de questionnement de notre collègue, mais la...

Le Président (M. Merlini) : Non, mais, M. le ministre... M. le ministre, j'invite à la prudence à la réponse et à la prudence dans les questions parce que notre règlement est très clair là-dessus qu'on ne peut pas parler d'une affaire qui est devant les tribunaux avant, ou après, ou pendant.

M. Barrette : C'est exactement ce que j'allais dire, M. le Président. La façon dont notre collègue, de bonne foi, construit ses questions, ça m'amène à me mettre dans une position inconfortable de réponses qui, en lien avec la question, peuvent plus ou moins être interprétées clairement, ou favorablement, ou défavorablement. Je ne peux pas, là. C'est juste ça, là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis, il reste une petite minute 20.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, si vous saviez comment je ne veux pas rendre le ministre inconfortable. Je le regarde, j'ai l'impression qu'il est bien là. Loin de moi l'idée de le mettre mal à l'aise et de faire en sorte qu'il puisse trouver les minutes pénibles. Ce n'est pas ça, le but de l'exercice.

M. le Président, je vais faire une nomenclature, puis je vais arriver à un questionnement, puis ça se veut aussi très constructif quand même : Matane, La Pocatière, La Baie, Alma — il y a des gens qui vont se reconnaître dans des régions, là — Saint-Raymond de Portneuf, Saint-Marc-des-Carrières, Chauveau, Jeffery-Hale, à Baie-Saint-Paul, à La Malbaie, au CHUL Saint-François-d'Assise, Hôtel-Dieu de Québec, Shawinigan, Victoriaville, Drummondville, Magog, Coaticook,

Asbestos, Brome, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Lakeshore, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame du CHUM, à l'Hôpital Royal Victoria, Hôpital général de Montréal, Hôpital de Montréal pour enfants, à Lachine, à Sainte-Justine, à Shawville, au CLSC de Fort-Coulonge, à Maniwaki, au CLSC de la Petite-Nation à Val-d'Or, à Forestville, aux Escoumins — j'achève — à Havre-Saint-Pierre, à Maria, aux Îles-de-la-Madeleine, à Montmagny, à Charny, Thetford Mines, Sainte-Agathe-des-Monts, à Charles-Le Moyne et Sorel et, enfin, à l'Hôpital Barrie Memorial, le temps d'attente moyen des patients ambulatoires a augmenté entre le 1er avril 2014 et le 1er avril 2018.

Ça aurait pu être question d'un quiz. Parce qu'à un moment donné on donnait comme une réponse, on disait aux gens : Trouvez la question. Alors, ça aurait pu être ça, on s'y alignait, mais j'ai donné déjà la question avant de laisser les gens tenter de déchiffrer et de comprendre.

Il faut savoir qu'un patient ambulatoire, ce sont ceux qui sont assis, là, quand les gens vont à l'urgence, dans la salle d'attente, ils sont assis, là. Ça, c'est des ambulatoires. Alors, c'est beaucoup... Les gens le savent, quand on va attendre là... C'est la majorité des gens, d'ailleurs. Il s'est amélioré, le temps d'attente ambulatoire, dans 73 urgences, il faut le reconnaître. 73, il y a eu une amélioration. Mais il s'est aussi détérioré dans 46 urgences, dans 46 autres. Ça fait que, si on fait une proportion, là, mathématique, c'est 61 % où ça s'améliore. Bravo! Chaque fois qu'il y aura de l'amélioration, puis les gens attendront moins, M. le Président, qui que l'on soit, d'où que l'on vienne, on ne pourra que s'en réjouir. Mais il s'est détérioré dans 39 %, également, des urgences.

Alors, question très simple pour le ministre : Quand pareil chiffre arrive, quand on se rend compte que la volonté d'améliorer la première ligne... mais qu'au bout du compte, dans 40 % des urgences, on vit une détérioration, est-ce que le ministre est en mesure de nous dire quelle est son explication du fait que la volonté d'améliorer les choses ne soit pas égale partout? S'intéresse-t-il à ces endroits où, manifestement, il y a une détérioration du temps d'attente ambulatoire aux urgences? Est-ce qu'il a quelque chose en plan et a-t-il tenté de comprendre ce phénomène?

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, il reste 3 min 30 s.

M. Barrette : Aujourd'hui, il y a un article, dans le journal, où la journaliste s'interroge sur ce à quoi je rêve la nuit. Et elle a repris mon moment d'humour d'hier, et elle a terminé son article en disant ceci qu'elle aussi, elle rêvait à voir un jour le plan de la CAQ en santé. On a tous hâte de le voir, hein? D'ailleurs, moi, je serais très confortable à ce que notre collègue nous parle de son plan puis qu'il me demande mon opinion sur son plan. Ça serait vraiment très intéressant. Je le ferais avec plaisir.

Maintenant, M. le Président, regardez, là. On peut faire de la politique comme on veut, hein? On est dans un pays libre. Alors, quand on regarde le verre à moitié plein, on peut dire qu'il est à moitié vide. On peut dire ça. Et, quand on regarde une statistique, la courbe de hausse, là, on peut la regarder juste un bout, là, puis faire abstraction de tout le reste. C'est ce que le collègue vient de faire. Le collègue vient de dire, essentiellement... il vient d'énumérer... puis ça a l'air impressionnant pour ceux qui nous écoutent, là, c'est spectaculaire, il vient d'énumérer les endroits où il y a eu un léger... Il ne nous a pas parlé du changement, c'est un changement marginal. Puis là il a terminé en nous disant : Oui, c'est vrai, on le souligne, ça s'est amélioré dans la majorité. Mais ce qu'il ne dit pas, c'est qu'évidemment tout le monde sait que, quand on regarde une statistique, on regarde l'ensemble de l'oeuvre, pas une partie de l'oeuvre. C'est ça, la réalité, là. Alors, quand on regarde l'ensemble de l'oeuvre pour les patients en ambulatoire, la durée moyenne d'attente, là, pour les patients en ambulatoire dans notre mandat, n'ont juste pas bougé, là, très peu. C'est passé de 4,3, à 4,1, à 4,1, à 4,2. Avant nous, c'était 4,4. Il y a une légère amélioration. Ça, c'est la réalité, O.K. ?

Par contre, je reviens à un tableau que j'ai montré hier. Ça, c'est l'élément le plus important : la diminution des P4, P5 à chaque année, de patients P4, P5 qui se présentent dans les urgences. Chaque ligne représente une année de 13 périodes. C'est comme ça que c'est calculé. Alors, à chaque année, il y a une diminution. La ligne en haut, c'est il y a quatre ans, la ligne en bas, c'est l'année passée. Amélioration. Mais qu'est-ce que ça fait, ça, M. le Président ? Ça fait la chose suivante, ça fait que les patients qui sont P4, P5 commencent à aller là où ils devraient aller, à mon sens, c'est-à-dire dans les supercliniques et les cliniques de médecine familiale, où les médecins sont en solo. Ça fonctionne, ce que l'on fait. La conséquence, c'est qu'il reste probablement, à l'hôpital, les gens qui sont un petit peu plus lourds, qui eux sont un petit peu plus complexes à évaluer.

Il faut nuancer les propos quand on les regarde. Un, il n'y a pas de détérioration globale, dans le système de santé et des services sociaux, dans l'attente à l'urgence pour les patients en ambulatoire. Je vous ai énuméré les chiffres. Ce sont les chiffres du Québec. C'est l'indicateur.

Je vais faire un parallèle, M. le Président : on pourrait dire que tout le monde est pauvre, si on ne regarde que les gens qui sont sous le seuil de la pauvreté au Québec, ou on pourrait dire que tout le monde est riche si on regarde juste le 1%. Ça serait évidemment... tout le monde dirait : Ça ne tient pas la route. Avec raison. Alors, quand on parle de moyenne, on parle de moyenne. On ne peut pas prendre un sous-groupe et en faire un argument comme le fait le collègue. Ça biaise la démarche, ça donne une impression qu'on arrange un petit peu les affaires pour avoir raison. Et on attend toujours le plan de la CAQ.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme, avec ce bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un bloc d'échange dont il reste 18 min 30 s. M. le député de Vimont, à vous la parole.

M. Rousselle : Merci, M. le Président. Je vais vous parler maintenant d'un sujet qui n'est pas le fun à parler. Je vais vous parler du cancer. Moi, depuis 2012, je suis président d'honneur pour le mois de la jonquille, à Laval, de la

Société canadienne du cancer, puis je participe aussi à chaque année au Relais de la vie. Puis en passant, cette année, c'est le 9 juin à l'école secondaire Leblanc. Une petite note. Vous savez, dans ces rencontres-là, je rencontre beaucoup de gens, des centaines de personnes qui ont été touchées par le cancer, peu importe le cancer, là, puis ils me racontent leurs histoires, des histoires pas drôles, je vais vous dire, hein, ce n'est pas évident.

Puis, moi, je me rappelle juste ma mère, elle a eu un cancer. Puis je ne sais pas si vous vous rappelez de l'annonce qu'on voyait à la télévision, depuis quelques années, quand que tu apprends que tu as le cancer ou quelqu'un de ta famille a le cancer, là, les gens qui se reviraient à l'envers, qui tombaient vraiment à la renverse. Bien, c'est notre famille. C'est ça qui est arrivé. En tout cas, c'est ça que j'ai senti, vraiment. Le temps arrêté, vraiment, tu es paniqué, tu ne sais pas quoi faire, vraiment. Ça vient vraiment te chercher profondément, je peux vous le dire. J'ai même des oncles qui sont morts du cancer. Donc, toute la famille doit passer des tests, puis on y va de manière précoce, mais d'une manière de prévention. Et je pense qu'on est rendus là, c'est la prévention qui peut vraiment aider les gens.

• (16 h 30) •

Je lisais ce matin un article d'Anick Lemay. Je ne sais pas si vous la connaissez, mais c'est une actrice. Elle parle, justement... Elle, elle a eu, justement, malheureusement, là... elle a été mastectomisée — excusez. Je vais juste la citer un petit peu : «Honnêtement, j'ai la chienne. J'ai évidemment fouillé le Web à la recherche d'autres poitrines "mastectomisées" comme la mienne et j'en ai trouvé plein. Des poitrines de femmes différentes, mais toutes pareilles en même temps. Il y a juste leur histoire qui diffère.» Puis, je vous conte juste ce bout-là, parce que je pourrais vous en conter pas mal, juste pour vous dire comment que les gens sont désorientés. C'est vraiment profond. C'est vraiment une maladie qui, vraiment, frappe tout le monde, puis tu ne sais pas par quel bout la prendre. Et, quand ça t'arrive, quand ça touche vraiment ta personne, un bout de ta personne, je veux dire, vraiment, c'est... Imaginez-vous, là, deux minutes...

Vous savez, selon la société du cancer, un Canadien sur quatre mourra de cette maladie. Il faut y penser. Donc, juste à regarder dans la salle, ici, on est combien, hein, on est peut-être une trentaine. Bien, pensez-y, un sur quatre va mourir de ça puis un sur deux va être diagnostiqué de cancer. Donc, la moitié de la salle va être diagnostiquée. Donc, c'est des choses qu'on n'y pense pas, mais c'est vraiment incroyable.

C'est pour ça qu'il y a eu de l'avancement. Parce que j'ai lu beaucoup cette semaine. Je sais que, depuis 1940 à aujourd'hui, ça s'est amélioré énormément, par le dépistage, et tout. Mais, je dois vous dire, c'est que c'est vraiment par le dépistage qu'on peut faire la différence. Je sais qu'en mai, donc en mai 2018, donc cette année, nous soulignons le 20 ans du Programme québécois de dépistage du cancer, qui est connu aussi par l'acronyme PQDCS — moi, les petits acronymes, je ne suis pas trop fort là-dessus, je vais continuer par le programme québécois de dépistage — puis qui invite justement toutes les Québécoises âgées de 50 à 69 ans et assurées par la RAMQ de passer justement une mammographie de dépistage du cancer. Et ça, c'est toujours aux deux ans. Vous savez que ces gens-là, en grande majorité, puis là vous me direz si je fais erreur, reçoivent d'habitude une lettre aux deux ans pour se présenter, puis je pense que ça, ça fait fi de... C'est vraiment leur ordonnance en même temps. Donc, elles n'ont pas besoin... Elles ont juste à se présenter à la mammographie.

Moi, j'en parle, puis, justement, les gens qui... Juste à y penser, parce que c'est là... Ça n'existait pas avant. J'ai lu aussi... Avant, les médecins, mais là on recule de beaucoup d'années, tout simplement, faisaient des... Il n'y avait pas de mammographie. Donc, à ce moment-là, on allait directement à enlever les seins, tout simplement. C'était la manière qu'on pouvait voir, dans ces années-là... Et il y avait une réussite... Je ne suis pas sûr... certaine, là, tu sais, je pense qu'il n'y avait pas de chimio ou quoi que ce soit qui était accompagné de ça. Encore une fois, vous allez nous le dire. Ce n'est pas moi, le grand spécialiste là-dedans.

Mais j'aimerais que vous nous parliez justement sur l'avancement, justement, de ce programme-là, qui a 20 ans, comme je vous disais, et que vous savez... mais il y a aussi... pour rassurer les gens, parce que je sais que ça restera toujours, mais je pense que, par la prévention, par le dépistage, peu importe le cancer, mais là je parle aujourd'hui du cancer du sein, bien, je pense, c'est de la manière qu'on peut améliorer la santé des Québécois. Donc, je voudrais vous entendre là-dessus, sur comment ça s'est amélioré depuis 20 ans, parce que 20 ans... ça existe, mais 20 ans, c'est beaucoup et ce n'est pas beaucoup, mais 20 ans... sûrement, le programme s'est amélioré... et comment que les femmes, là-dedans, par le dépistage, puissent mieux s'en sortir.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Vimont. M. le ministre.

M. Barrette : Avant que je... En fait, je peux le demander maintenant, mais j'aurais un commentaire à faire avant, M. le Président. Avant de passer la parole au Dr Latreille, qui a pris la parole hier... S'il y a consentement, il pourrait faire le bilan, je vais dire, scientifique de ce programme-là, s'il y a consentement.

Le Président (M. Merlini) : ...des membres pour permettre au Dr Latreille de s'adresser à la commission? Consentement. Alors, Dr Latreille. Oui?

M. Barrette : Donc, avant de passer la parole à mon collègue, je vais simplement commencer... juste faire un commentaire introductif personnel. J'étais président de l'association des radiologues en 1996, lorsque le gouvernement a commencé à ébaucher le PQDCS, qui est le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Alors, moi, j'ai vu évoluer ça. Je n'en faisais pas, moi, dans ma profession, de la mammographie, mais j'étais aux premières loges parce qu'évidemment, quand on est président de l'association et qu'on est dans cette spécialité-là, on est à même de suivre l'évolution du dossier. Je veux tout simplement mettre l'emphase sur un ou deux éléments. Dr Latreille parlera du succès clinique, mais je veux tout simplement aussi mettre l'emphase sur l'évolution technologique.

Le programme de dépistage est basé sur la mammographie. La source est l'image de la mammographie. Et je peux vous dire qu'en 20 ans on est passés littéralement... pas d'une obscurité, mais on est passés d'un niveau de précision,

qui était ce qu'il était en 1996... Ça a augmenté, là, de façon quasi exponentielle sur le plan technologique. Nos capacités, en termes technologiques, des appareils qui doivent faire le dépistage n'ont cessé d'augmenter, et ça, ça change la capacité du dépistage. Il y a eu beaucoup, beaucoup, beaucoup d'emphase qui a été mise sur la formation des lecteurs, des radiologues qui lisent ces examens-là. Et ça, ça vient permettre de voir une évolution favorable pour les femmes du Québec quant à la détection, le traitement, la survie.

Et là-dessus, pour ces chiffres-là, je vais passer la parole à mon collègue, le Dr Latreille, qui va en faire le tour d'une façon plus précise.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Alors, Dr Latreille, s'il vous plaît, encore une fois, vous identifier pour les bienfaits de l'enregistrement.

M. Latreille (Jean) : Oui. Jean Latreille, directeur général de la Direction générale de cancérologie au ministère de la Santé.

Alors, écoutez, M. le Président, M. le député a tout à fait raison, là. La prévention et promotion des bonnes habitudes de vie, c'est superimportant : exercice, arrêter de fumer et peu d'alcool. C'est important qu'on mette ça à la base. Pour les femmes, le cancer du sein est malheureusement toujours le cancer le plus fréquemment diagnostiqué, et c'est la deuxième cause de mortalité due au cancer chez les femmes au Québec. En 2017, on a estimé environ 7 000 nouveaux cas de cancer du sein et à 1 300 le nombre de décès. Il est plus fréquent chez les femmes âgées entre 50 et 79 ans.

Tantôt, vous avez dit que le programme va jusqu'à 69 ans. On est en train, là... puis on permet... les femmes, sur prescription de leur médecin, d'avoir des mammographies encore jusqu'à 74 ans parce qu'on... Vu que la durée de vie a augmenté... l'espérance de vie, plutôt, a augmenté chez les femmes, il est important de diagnostiquer parce qu'il y a beaucoup de femmes qui, malheureusement, ont un cancer du sein aussi dans la soixante-dizaine.

Alors, bien qu'il soit impossible d'empêcher aujourd'hui l'apparition d'un cancer du sein, la détection précoce permet, comme vous avez dit tantôt, là, de poser un diagnostic à bas stade, c'est-à-dire une petite tumeur et non une grosse tumeur. Et ça, ça nous permet de... Juste parce que c'est un petit cancer, l'espérance de vie est déjà plus élevée. Mais ça nous permet d'intervenir plus rapidement et ça nous permet de donner un accès à des traitements plus efficaces.

Alors, le PQDCS a été mis en place en 1998 sous le leadership des autorités de la santé publique, du ministère de la Santé et des régions du Québec. Et puis ce qu'on visait à ce moment-là, c'était de réduire le taux de mortalité causé par le cancer du sein. On espérait atteindre... que 70 % des femmes entre 50 et 59 ans participent au programme de dépistage. Et, oui, elles étaient invitées par lettre aux deux ans. Et on espérait que 100 % des tests reliés au PQDCS soient faits dans des centres désignés — et puis on va revenir là-dessus tantôt — qui répondent à des exigences de qualité et des critères de certification d'assurance qualité aussi.

Et donc on en a parlé, 50-69 ans, jusqu'à, maintenant, 74 aussi, sont invitées par lettre, et c'est répété aux deux ans. En cas de non-réponse, les femmes sont relancées deux fois puis c'est... Bien entendu, toutes les femmes peuvent décider de se retirer du programme. Alors, comme expliquait M. le ministre, le dépistage est effectué par mammographie. La qualité, avec l'arrivée des appareils numériques, digitaux, et tout ça, nous a permis... Et maintenant il y a d'autres appareils, là, qui permettent d'avoir une mammographie beaucoup plus précise. Et l'INESSS nous aide à surveiller l'évolution des appareils dans le but de s'assurer si on doit changer la norme pour les appareils de dépistage pour le cancer du sein.

Donc, lorsque le test est positif, les femmes doivent avoir un test complémentaire, qui est souvent un autre cliché, pour être certain que le tout est présent ou absent. Si c'est présent, elles peuvent avoir une échographie, qui est maintenant accessible en dehors des établissements, une échographie mammaire. Elles ont accès aussi à une biopsie si c'est requis.

• (16 h 40) •

Donc, ce qui se passe par après, c'est que, pour faire ça, on a besoin de nombreux partenaires. Il y a, au niveau régional, des centres de coordination des services régionaux. Ces centres-là, on coordonne l'évolution, les lettres... suivre les patients, comme un GPS, pour être certain que les patients n'ont pas des délais indus.

Il y a, au niveau de la mammographie en tant que telle, ce qu'on appelle les CDD. C'est des centres de dépistage désignés. Il y en a présentement 99 au Québec, en 2017. Ces centres-là sont soit des cliniques privées ou dans les hôpitaux. Les CDD doivent détenir l'agrément du programme d'agrément de mammographie de l'Association canadienne des radiologues, qu'on appelle habituellement la CAR, Canadian Association of Radiologists, et puis cet agrément-là est renouvelé aux trois ans. Ils doivent aussi détenir la certification de mammographie du laboratoire de santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique, puis cette certification atteste notamment que les appareils sont sécuritaires. Elle doit être renouvelée à chaque année.

Il y a aussi... Dans l'échelle, on a parlé des centres de coordination, les centres de dépistage désignés. Il y a les CRID, qui sont les centres de référence pour investigation, diagnostique. Donc, eux autres aussi, c'est des centres qui ont été désignés. Habituellement, c'est des centres hospitaliers qui offrent gratuitement les examens complémentaires au PQDCS. Il y en avait 41, centres, en 2017.

Donc, il y a une panoplie de centres qui permettent aux femmes d'accéder rapidement au test de mammographie et rapidement aussi au test complémentaire lorsque requis. En plus, il y a deux unités mobiles de dépistage qui nous permettent d'aller dans les régions éloignées et aussi d'offrir des soins dans les régions autochtones du Nord-du-Québec. En 2015, les deux unités mobiles, qui sont sous la responsabilité des l'INSPQ, sous un financement du ministère, ont effectué pas loin de 4 000 mammographies. Ça ne peut pas se faire tout seul, ça. On a besoin de le faire avec les médecins. Donc, il y a des comités de dépistage et d'investigation du cancer du sein... qui est mené par des médecins, mais qui sont reliés au PQDCS. Il y a sur ce comité-là des gens de l'ordre des technologues, du ministère, des médecins-conseils, des technologues experts, et l'association des radiologues est là.

On a aussi un comité tripartite, avec le Collège des médecins, l'ARQ et nous autres, dans le but de revoir les données des centres. Bon, dans le cancer du sein, il y a la détection puis il y a la référence. Donc, il y a des cibles qui sont nommées, qui ont été désignées par les experts, que les médecins doivent atteindre, si possible, tel taux de détection du cancer du sein et, si possible, avoir un taux de référence très faible. Alors, c'est possible... C'est sûr que, si moi, j'appelle tout positif... puis le Dr Barrette pourrait sans doute m'interrompre, si j'appelle tout de positif, bien, je vais avoir un haut taux de cancer du sein, mais tout le monde a eu des tests complémentaires avec des biopsies. Ce n'est pas ça, l'objectif. L'objectif, c'est d'avoir un appareil précis, puis d'être capable de déceler les tumeurs lorsqu'elles sont petites, et de ne référer que celles qui doivent être référées.

Et donc il y a malheureusement des gens qui ont besoin d'ajuster leurs lunettes, qui ont besoin de suivre des cours de rattrapage. Et ça, c'est évalué avec le Collège des médecins, l'ARQ et le ministère. Puis on a pu, ainsi, en suivant les données de chaque médecin... Puis, s'il y en a que ça intéresse, dans le premier bulletin de la performance de la DGC, qui a été publié en janvier, vous avez tous les tableaux qui peuvent vous expliquer ça. Mais ce comité-là fait un travail énorme pour garantir la qualité puis éviter que des femmes aient des mauvaises mammographies. Il y a un comité de liaison avec les centres de coordination, qu'on a définis tantôt.

Les données, on en a parlé un peu hier. En 1998, au 31 décembre, il y a eu 4 850 000 mammographies de faites chez 1 313 000 femmes, et ce nombre est en augmentation à chaque année. En 2016, on avait 362 000 femmes qui ont profité du programme. Le taux de participation en 2016 était de 65 %. Mais, si on regarde, on a commencé... Au début, on était à 49 %. On est maintenant à 65 %. Mais, si on prend les femmes qui ont le dépistage à l'intérieur du programme et à l'extérieur du programme, on atteint le 70 %, qui est le chiffre qui était... on dépasse le 70 %, qui est le chiffre qui a été estimé comme pouvant permettre aux femmes du Québec de profiter le plus possible des bénéfices d'un examen de dépistage.

Ce qui est important de souligner, c'est qu'il y a besoin de programmes de formation. Donc, il y a des programmes de formation... qui est en ligne pour tous les intervenants. Il y a une nouvelle formation qui vient d'être élaborée maintenant pour les médecins, Dépistage du cancer du sein et densité mammaire. C'est pour les médecins généralistes. Ça les aide beaucoup. Les généralistes s'en servent beaucoup.

Il y a aussi... On a augmenté les normes. M. Barrette va se souvenir que les normes étaient très faibles quand il était président. Là, c'est 1 000 mammographies par médecin, et, même, on voudrait monter à 1 250. On envoie annuellement au médecin ses résultats. On fait une rétroaction. On leur demande de faire des rétroactions avec des technologues.

Et puis, le futur, qu'est-ce que nous réserve le futur? On va finir avec ça. Ce que les gens... Il y a eu beaucoup de critiques récemment sur les programmes de mammographie. Le nôtre, on est confiants qu'il est bon. On le surveille. On est parmi les meilleurs taux au Canada. Et ça va être en fonction du risque, le risque des personnes. Donc, certaines personnes vont être invitées aux cinq ans, d'autres aux deux ans, d'autres, ça va être plus souvent. Si elles sont plus à risque d'avoir un cancer du sein, ça sera ça.

Puis il y a beaucoup de recherches qui se font au Québec, puis je termine là-dessus, sur l'analyse génomique. Dr Simard, ici, à Québec, a eu des subventions récemment. On a beaucoup d'espoir qu'avec, peut-être, déterminer les gènes on va être capables d'identifier les gènes qui sont plus à risque de causer un cancer du sein et de vraiment personnaliser le dépistage.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Latreille. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons procéder maintenant à un bloc d'échange avec le député de Mercier, qui doit être de 18 minutes.

Alors, je vais suspendre quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 47)

(Reprise à 16 h 48)

Le Président (M. Merlini) : Nous reprenons donc nos travaux après cette pause. M. le député de Mercier, il vous reste 17 minutes à votre bloc. À vous la parole.

M. Khadir : Merci beaucoup. Alors, vous vous rappellerez que, lorsqu'on s'est retrouvés ici il y a quelques heures, j'avais posé une série de questions au ministre et à son équipe sur les montants investis depuis février 2014, parce qu'il y avait plusieurs programmes et projets, et il y en a qui ont débuté en 2014, d'autres après, donc, depuis que vous êtes au pouvoir, donc les montants investis par le ministère de la Santé ou le ministère des Finances, en tout cas, par le gouvernement, dans les projets pilotes des cliniques de Chirurgie Dix30, le centre de chirurgie Rockland et le Groupe Opmedic, parce que je pense que les collègues et le public ont le droit de savoir combien le gouvernement dépense pour soutenir des cliniques et des initiatives privées, dont on sait maintenant...

Tu sais, il y a 10 ans, là, quand votre premier ministre était ministre de la Santé et les a introduits, on pouvait toujours se bercer d'illusions que ça coûterait moins cher, que ça serait efficace. Mais, depuis ce temps-là, il y a tellement d'informations sur les PPP en santé, en Grande-Bretagne, en Europe, partout dans le monde et ici, au Québec, qui montrent que c'est inefficace, qu'il y a du gaspillage d'argent, qu'il y a des gens qui font des profits avec le financement de ces trucs-là, puis cet argent qu'eux mettent dans le profit, on pourrait le mettre dans les services.

Donc, je veux savoir combien on a mis là-dedans, ensuite les tests d'implantation sur le terrain de la solution informatique Power Solutions Dtd Pty, aussi le coût pour ce qu'on a appelé les parcours de soins et services. D'accord?

Le coût par parcours de soins et de services développé par le MSSS, est-ce que ça inclut la rémunération des médecins ou uniquement les autres professionnels?

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

• (16 h 50) •

M. Barrette : Alors, M. le Président, effectivement, notre collègue nous a posé trois questions. Nous avons les réponses, qui n'étaient pas compliquées à trouver, là, mais je ne les avais pas à portée de main lorsqu'il nous a posé ces questions-là.

Je vais quand même mettre les choses en perspective, M. le Président. Ce n'est pas un PPP au sens des exemples que le collègue donne, mais c'est de l'argent public qui est utilisé pour améliorer l'accès à la chirurgie. C'est ça, la réalité. Alors, les Québécoises et Québécois ont investi, par leurs impôts et leurs taxes, dans les décisions judicieuses que nous avons prises pour diminuer l'attente pour les chirurgies mineures. Nous avons investi, comme société, en dollars publics, une somme totale de 23 millions de dollars pour les trois cliniques en question, qui ont permis à 27 000 patients d'avoir accès plus rapidement à des procédures de divers types. Ça, M. le Président, là, ça s'appelle un succès.

Maintenant, M. le Président, contrairement à l'affirmation de notre collègue, pour ce qui est de ces projets-là, qui sont des projets qui visent en premier lieu d'évaluer le coût réel de dispensation de ces procédures chirurgicales et, dans certains cas, endoscopiques, nous avons fait les analyses préliminaires, qui seront bientôt complétées, qui démontreraient, du moins, de façon préliminaire, que le coût est possiblement inférieur aux coûts du public. Et, à la question précise, est-ce qu'on prend en considération la rémunération du médecin, la réponse est non parce que ça n'a aucun intérêt, parce que la rémunération du médecin est identique à l'hôpital ou dans ces cabinets-là, et l'enjeu ici est l'établissement du coût réel de l'exécution de ce service.

Pour ce qui est des coûts de la formation informationnelle de Power, alors nous avons un budget global, qui a été accordé suite à un appel d'offres fait en bonne et due forme, de 44 millions de dollars. Nous avons consommé à date 8,4 millions de dollars de ce budget qui est, donc, le résultat d'un appel d'offres, et il n'y a pas de rémunération médicale là-dedans.

Et, pour ce qui est des parcours de soins, bien, on est au début de l'évolution de ce dossier-là parce que le parcours de soins, lui, nécessite que soient mises en place et l'informatisation du dossier clinique et la solution Power. Les analyses préliminaires là où le déploiement est fait, on est capables d'avoir des indications que ça sera un succès, ça aussi. Mais, dans cet exercice-là, à la base, la rémunération médicale n'est pas incluse. Mais il serait facile de l'inclure en croisant évidemment des données de facturation, ce qui serait, comme je viens de le dire, très facile à faire. Actuellement, ce n'est pas le cas.

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

M. Khadir : Très bien. C'est un... Il nous reste... O.K.

Une voix : ...

M. Khadir : Excellent, excellent, excellent. Ça marche très bien. J'ai moi-même assuré que ça sera équilibré dans le temps et aussi dans les propos, bien sûr.

La réalité est que vous n'avez pas, et jamais le gouvernement libéral n'a produit, une étude et une évaluation scientifique, appuyée par une revue de littérature appropriée, démontrant que ce que vous êtes en train de financer dans ces cliniques de chirurgie, le coût d'épisode des soins, coûte moins cher et donne de meilleurs soins en termes de qualité à nos patients que ce qui pourrait être fait dans le réseau de santé. Et, pendant ce temps-là, cet argent-là sert à des promoteurs privés à se bâtir des montages financiers très profitables pour les capitaux qu'ils ont investis.

Je le dis avec certitude parce que ça fait des années qu'on l'attend. Et je le dis avec d'autant plus de certitude que le *British Medical Journal*, le *JAMA*, le *New England Journal* sont remplis, remplis d'études maintenant qui démontrent que cette espèce d'idée saugrenue, qu'en Angleterre on appelait les «private financial initiatives», et que nous, ici, on a appelée les partenariats public-privé, parce que c'en est un... Contrairement à ce que dit, malheureusement, notre collègue, c'est comme ça que ça a été présenté par son prédécesseur au début, quand on a commencé à en parler, et aussi par le comité qui a recommandé ce genre de chose là. Alors, qu'on ne vienne pas nous dire que ce n'est pas des PPP.

Or, les journaux que je vous ai cités, les meilleurs journaux au monde pullulent de revues de littérature, de méta-analyses qui démontrent que, globalement, ça coûte plus cher, puis on perd dans la qualité des soins. Ça coûte parfois tellement cher qu'il y a des contrats de 30 ans qu'en Angleterre le ministère de la Santé est en train de payer les amendes, sachant très bien que c'est moins coûteux, pour le réseau, pour la santé, pour la protection du public, que de continuer dans ce que maintenant certains ministres britanniques ont appelé le PFI, là, «perfidious financial initiative», c'est-à-dire une initiative financière perfide, tellement ça a été néfaste, parce que, là-bas, ils ont commencé ça bien avant nous. Donc là, on a les chiffres. On va juger au résultat. Et, je suis sûr, je vous mets au défi, vous n'avez rien, au ministère, rien qui puisse démontrer que c'est mieux pour les patients et que c'est moins coûteux pour le système.

Maintenant, l'accompagnement des enfants inuits et autochtones. Vous vous rappelez, grâce au Dr Samir Hussain, qui a témoigné, qui a dénoncé — ça, c'est un pédiatre du CUSM — on a appris qu'il y a des enfants inuits qui étaient transférés vers les centres pédiatriques de Montréal, et on refusait à leurs parents de les accompagner sous prétexte que... Bon, d'abord, c'étaient des prétextes techniques. On disait que les avions n'étaient pas adéquats. Ça fait déjà quatre mois, presque cinq mois, puis il n'y a toujours pas eu de changement puisque, la semaine passée, quand je posais la question à votre collègue des Affaires autochtones, après que j'aie posé la question, on m'a informé que le jour même il y a des parents

qui se sont vus refuser... Et vous vous rappelez que, le 3 mars, il y a une mère inuite, Charlotte Munick, qui s'était vu refuser, à l'entrée de l'avion-ambulance... Ça, ça a été rapporté dans les médias.

Moi, je veux savoir, là, M. le ministre, quand est-ce que vous allez être capable de faire en sorte que ça ne se passe plus comme ça. Là, là, je veux dire, c'est une incompétence incroyable de notre réseau et de notre système. Et c'est assez accablant, pour le ministre de Santé d'un pays comme le Québec, de vaste étendue — on doit déjà avoir prévu ça depuis longtemps — que, cinq mois plus tard, ça se passe encore comme ça, que, la semaine passée, il y ait des parents d'enfants inuits qui ont été refusés à bord des avions.

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

M. Barrette : Vous savez, M. le Président, moi, j'aime beaucoup discuter avec mon collègue de Mercier. C'est toujours enlevant, on va dire ça comme ça, pour employer une expression chère, à l'époque, à René Lecavalier lorsqu'il décrivait les matchs de hockey du Canadien. Puis j'écoutais ça sur l'oreiller, comme tout le monde, c'était mon âge, le samedi soir. Je parle de mon enfance. Alors, c'est toujours un grand plaisir.

Maintenant, M. le Président, je ne peux pas ne pas commenter son introduction, là. La littérature scientifique, qui est imprécise, évidemment, dans ce dossier-là, parce qu'on n'a jamais exactement tous les chiffres, c'est vrai qu'il y en a beaucoup, de littérature sur les PPP. Mais les PPP, M. le Président, on parle de gestion privée d'hôpitaux. Un hôpital, ce n'est pas une clinique, là. Ce n'est pas du tout, du tout, du tout la même affaire, M. le Président.

Une voix : ...

M. Barrette : M. le Président, pouvez-vous demander à mon collègue de...

Le Président (M. Merlini) : Allez-y, M. le ministre. Vous avez la parole.

• (17 heures) •

M. Barrette : Alors, c'est ça, la réalité. On compare des pommes avec des oranges. Alors, la réalité, aujourd'hui, M. le Président, c'est qu'on a fait précisément cet exercice-là, ce projet pilote là pour avoir un environnement extrêmement contrôlé, ce qui n'existe pas dans la littérature scientifique. Nous publierons peut-être le premier article vraiment contrôlé sur le coût d'un service, incluant la qualité du service, parce qu'on a construit un projet pilote avec un niveau de contrôle. Quand je dis de contrôle, c'est que c'est la précision de la donnée qui va nous permettre une fois pour toutes de faire des analyses objectives, à livre ouvert, avec zéro filtre et zéro possibilité de masquer des coûts, ne pas introduire dans le calcul tel événement, tel ceci, tel cela. Ça ne s'est jamais fait. Alors, s'il y a des articles qui pullulent, pour employer l'expression de notre collègue, sur les PPP, qui n'ont rien à voir avec ce que l'on fait... Il n'y en a juste pas qui analysent ce que l'on fait actuellement. Il n'y en a juste pas. Ça va être une première. J'en suis très fier, tout comme je suis très heureux de constater que les 27 000 personnes, depuis le début de ce projet-là, qui sont allées là avoir un traitement qu'ils auraient eu peut-être plus tard, à un moment donné...

Pour ce qui est du Challenger, on parle ici d'un avion. En fait, nous avons, dans les transports aériens, deux avions qu'on utilise chez les Inuits parce qu'ils sont très loin, dans le Grand Nord du Québec. Il nous faut un avion réacté parce qu'il y a une question de temps de transport qui est un enjeu. On peut le faire dans un avion à hélices, mais c'est pas mal plus long. Et, si notre collègue avait suivi un peu avec attention les commentaires que j'ai faits, il aurait compris et entendu la chose suivante. J'ai dit, M. le Président, que nous allions réfléchir à nos options et voir ce qui était faisable et pas faisable. Et j'ai dit que, selon les informations que j'avais à ce moment-là, un des deux Challenger avait la possibilité physique et légale de transporter les parents, et la décision a été prise sur-le-champ de mettre en place les règles de fonctionnement pour que ce premier Challenger là laisse monter un par un, dans des conditions déterminées pour le transport, mais j'ai dit que l'autre Challenger n'avait pas la capacité physique. Et j'avais été informé alors et je l'avais dit, le collègue ne semble pas l'avoir saisi, j'avais dit que le deuxième Challenger nécessiterait probablement, et je confirme que c'est le cas aujourd'hui, des changements physiques. Et ces changements-là, comme c'est un avion qui est dans les airs, là, c'est la technologie, la sécurité et ainsi de suite, on m'avait informé, à l'époque, quand on a visité les avions, qu'il faudrait retirer le Challenger du service pendant un an de temps.

Et là qu'arrivait la question : Qu'est-ce qui est le... On dit en médecine, le collègue sait très bien, connaît très bien cette expression-là, on dit que le mieux est l'ennemi du bien. Est-ce qu'il est meilleur d'enlever ce service-là pendant un an, avec comme conséquence d'avoir des retards potentiels, parce qu'il en reste un qui, de temps en temps, doit être en maintenance et ainsi de suite, ou bien est-ce qu'on continue comme ça en sachant qu'on utilisera le plus possible le Challenger qui peut faire monter des gens versus... donc minimiser statistiquement le nombre de situations où un parent ne pourra pas monter, versus prendre le risque inverse, avoir des retards qui peuvent être délétères pour le patient? J'ai tout dit ça, ça me fait plaisir de le redire aujourd'hui.

Alors, aux accusations et insinuations qui me sont faites, bien, c'est des réponses simples, je les ai déjà données. Il serait intéressant... Moi, je regarde mon collègue, je lui laisse la parole maintenant. Qu'est-ce qu'il choisit : enlever du service, pendant un an, à un des deux Challenger ou gérer les Challenger pour utiliser le moins possible celui qui ne peut pas, mais, des fois, quand on doit l'utiliser, bien, on l'utilise? C'est quoi, son option?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Mercier, 2 min 30 s.

M. Khadir : Un bon gestionnaire, en responsable de système de la santé, prévoirait quelque chose dans le budget pour s'en payer un autre. Est-ce que vous avez prévu du budget pour ça? Parce que regardez le problème du Challenger,

ça fait 12 ans. Une interprète, Charlotte Munick, qui travaille au centre de santé de Kuujjuaq depuis 12 ans, dit que ça fait 12 ans qu'elle voit la même chose.

Ça fait que, là, ce que vous êtes en train de me dire, vous n'avez aucune solution parce que ça prendrait du temps pour changer ça. On va attendre un autre 12 ans. C'est comme ça? C'est ça, cette logique? Si c'était un enfant de Westmount, c'est ça qu'on ferait?

Une voix : ...

M. Khadir : Non, mais c'est réel. Non, non, non, c'est réel. C'est réel. On n'accepterait pas ça.

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

M. Khadir : On ne dirait pas que...

Le Président (M. Merlini) : M. le député de Mercier, s'il vous plaît! Faites attention à vos propos...

M. Khadir : Bien non, mais j'ai dit «enfant de Westmount». Attendez...

Le Président (M. Merlini) : ...qui pourraient être des propos blessants, qui pourraient être interprétés comme des propos blessants.

M. Khadir : Comment ça, des propos blessants?

Le Président (M. Merlini) : Je vous demande...

M. Khadir : C'est une question de différence de condition de classe.

Le Président (M. Merlini) : Je vous demande de la prudence, M. le député de Mercier. C'est tout ce que je vous demande. Continuez.

M. Barrette : Alors, M. le Président, je me mets dans l'univers fantasmagorique de Québec solidaire. Savez-vous, M. le Président, comment...

M. Khadir : ...

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

M. Khadir : ...

Le Président (M. Merlini) : M. le député, vous n'avez pas la parole. M. le ministre, j'ai invité le député de Mercier à la prudence, je vous invite également à éviter des propos qui pourraient être blessants. Alors, veuillez répondre à la question du député, s'il vous plaît. Il reste 1 min 30 s.

M. Barrette : Alors, M. le Président, ce que j'évoquais est la théorie de Québec solidaire qui veut qu'on peut tout faire puisqu'il y a une quantité infinie d'argent. Pour mon collègue, il n'y en a jamais, de problème de sous.

M. Khadir : ...

Le Président (M. Merlini) : S'il vous plaît, M. le député de Mercier! C'est le ministre qui a la parole. M. le ministre, continuez, s'il vous plaît.

M. Barrette : Alors, pour notre collègue, il n'y a jamais de problème, parce qu'à Québec solidaire, c'est un exemple patent, là, on identifie un problème, on y met un coût et voilà, bingo! c'est fini, poudre de perlimpinpin. Oui, mais c'est parce qu'un gouvernement c'est une sommation de situations individuelles comme celle-là, et dans cette sommation-là, il y a une facture. La facture, elle est payée par les citoyens du Québec. Les citoyens du Québec paient déjà beaucoup d'impôt. Ils sont très heureux d'avoir le système de santé que l'on a, et, à un moment donné, il y a des arbitrages à faire.

La solution, pour le moment, M. le Président, c'est de garder en opération les deux Challenger, laisser le deuxième, celui qui n'emmène pas de parents pour des raisons purement techniques, en fonction de l'utiliser le moins possible, l'amener à la fin de sa durée de vie. Et lorsqu'on le remplacera, dans quelques années, on le remplacera par un avion de niveau identique ou même meilleur que le Challenger le plus récent que l'on a. Ça, c'est la décision la plus rationnelle, qui est celle que nous avons prise aujourd'hui.

Alors, minimiser la possibilité de ne pas transporter quelqu'un et faire un choix à l'intérieur de nos capacités budgétaires, je comprends que mon collègue ne sera pas heureux de ce commentaire-là, mais c'est ça, gouverner, et nous gouvernons.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le député de Mercier. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un bloc d'échange de 19 min 30 s. À qui ai-je l'honneur de donner la parole? M. le député de Côte-du-Sud, à vous la parole.

M. Morin : Merci, M. le Président. Bonjour, tout le monde. Comme on est ici depuis ce matin, je vous salue tous.

Donc, j'ai la chance, cet après-midi, compte tenu que je suis là depuis 2003 et je quitte cette année, j'aimerais dire au ministre merci pour ce que le gouvernement m'a apporté à mon hôpital de Montmagny depuis ce temps-là. On a eu une urgence qui fait la fierté de nos concitoyens et concitoyennes. On a un service de dialyse. On vient d'annoncer qu'il se concrétise une imagerie à résonance magnétique. On a un laboratoire tout neuf suite à un incendie. On a obtenu, pour Chaudière-Appalaches, la chirurgie bariatrique. Pour nos aînés, on a deux CHSLD nouveau concept, un à Sainte-Perpétue, l'autre à L'Islet. Il y a un centre de jour en devenir à Saint-Jean-Port-Joli. On a maintenu nos quatre CLSC dans les quatre coins du comté. Ça, je parle de la partie Montmagny-L'Islet, un à Saint-Pamphile, Saint-Fabien, Saint-Jean-Port-Joli, Montmagny. On a un service ambulancier, sud de la MRC de Montmagny et de L'Islet à Saint-Jean-Port-Joli et à Montmagny. Et, M. le ministre, notre prochain projet, c'est un beau CHSLD à Montmagny. Compte tenu que nous sommes dans un ancien couvent des Soeurs de Notre-Dame, ça serait peut-être bon qu'on y regarde de près.

Maintenant, comme je suis en CHSLD, mon dernier propos, je veux parler de l'offre alimentaire qui est toujours un sujet à critique. Je peux vous parler des patates en flocons qu'on entend souvent parler. Vous savez que je suis dans le domaine de l'alimentation. Je ne comprends pas, il y a beaucoup de gens qui en achètent, ce n'est pas si méchant que ça. Donc, on a fait beaucoup d'améliorations, puis il est faux de prétendre qu'on n'a rien fait. Depuis cinq ans, l'implantation de politiques en alimentation a eu de très bons effets. C'est connu dans les CHSLD qu'ils doivent composer avec des personnes de plus en plus en perte d'autonomie soit cognitive ou physique.

Quelques exemples de nouvelles politiques : les résidents s'alimentent de plus en plus dans nos salles à manger, il y a des alternatives aux menus qui sont proposés et disponibles, des collations quand ils le souhaitent. Quelque chose de superimportant pour le personnel qui aide à l'alimentation, ils respectent le rythme de nos résidents.

Pour faire suite à ces initiatives et leur donner une valeur ajoutée, M. le ministre, le 23 novembre 2016, vous avez présenté une nouvelle offre alimentaire qui a été revue en partenariat avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, le CHU de Québec, l'Université Laval, l'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec Université Laval et le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Ont participé à l'élaboration de ce projet un groupe de nutritionnistes, techniciennes en diététiques, professionnels de soins et des gestionnaires. Cette offre de menus standardisés devrait être déployée dans toutes les régions du Québec. J'aimerais savoir où en est ce beau projet d'harmonisation de l'offre alimentaire dans nos CHSLD.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Côte-du-Sud. M. le ministre.

• (17 h 10) •

M. Barrette : Alors, M. le Président, ce projet-là avance, et nous souhaitons qu'il soit... comme je l'ai dit à de multiples reprises dans le passé, on souhaite que ce projet-là soit terminé en 2018. Alors, il avance à des vitesses qui sont variables pour des raisons, je dirais, techniques au sens où il y a des endroits où il y a des aménagements qui ont dû être faits pour la capacité de préparation de ces repas-là. À d'autres endroits, il y avait des enjeux de distribution des repas. Alors, il faut des chariots, des chariots particuliers, là. Ce n'est pas un simple chariot qu'on peut voir dans des entrepôts, là. Ce sont des chariots particuliers, qui ont un côté froid, un côté chaud, qui maintiennent la température, et ainsi de suite.

Alors, ça, il y a eu de l'acquisition à faire et il y a aussi de l'entraînement à faire, de la formation. Mon collègue nous disait qu'il était issu de ce monde-là, là, de l'alimentation, alors je pense qu'il est bien placé pour apprécier le fait que, dans le monde de l'alimentation, il faut quand même de la formation. Nul ne peut s'improviser cuisinier à grande échelle et avec des recettes spécifiques pour les personnes âgées sans avoir eu une formation particulière. Alors, cette formation, l'ensemble des éléments que je viens de décrire sont actuellement en déploiement.

Alors, il y a des endroits où les choses sont, à toutes fins utiles, complétées, d'autres qui sont modérément avancées. La majorité des régions, actuellement, cheminent à l'intérieur des échéanciers que nous avons fixés, et, à mon avis, on arrivera à destination d'ici la fin de l'année. Alors, je vous donne un exemple, au moment où on se parle, le déploiement est en train de se faire, réel, il n'y a pas de problème technique, les nouveaux repas sont en train d'être offerts au Saguenay—Lac-Saint-Jean. J'étais, il y a environ un mois, au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Je suis allé moi-même casser la croûte, M. le Président, dans un CHSLD, avec des personnes âgées et évidemment j'en profite toujours pour leur poser la question : Est-ce que c'est meilleur qu'avant? La réponse a été oui. La chaleur, la présentation, est-ce que vous êtes satisfaits? La réponse a été oui. Il y a un changement. Chaudière-Appalaches, d'où vient notre collègue, Chaudière-Appalaches c'est presque complètement terminé, la nouvelle offre. Là aussi, on le teste. Quand je dis : On le teste, on comprendra que... Vous savez, les gens qui sont en CHSLD, lorsqu'ils voient arriver le ministre de la Santé, ils sont contents, et ça leur permet d'avoir un moment où on peut échanger, faire des commentaires, des critiques même, et c'est très bien ainsi. Alors, là aussi, la satisfaction semble au rendez-vous.

Et, pour déterminer la satisfaction, M. le Président, savez-vous à qui on demande ça? Au comité des usagers... des résidents, pardon. Ce ne sont pas des usagers, ce sont des résidents. Alors, en CHSLD, quand le comité des résidents nous dit : Oui, ça va bien, c'est meilleur, bien, la réponse, là, c'est celle-là qu'on veut avoir. Et parfois, si la satisfaction n'est pas au rendez-vous, bien, c'est parfait. La consigne qui est donnée au réseau, c'est d'apporter les ajustements nécessaires, parce que cet exercice-là, il est fait pour les résidents. Ce n'est pas fait pour moi, c'est fait pour les résidents, ce n'est pas fait pour le gouvernement. On a à faire en sorte que les résidents, en termes d'offre alimentaire, soient satisfaits de l'expérience de ce repas-là, donc la présentation, la qualité de l'aliment, la chaleur, et ainsi de suite. C'est normal, c'est une activité

principale, chez l'être humain, manger un repas. Alors, ça, les choses vont bien de ce côté-là, et les comités des résidents ont la capacité, à ce moment-là, de nous permettre de faire les ajustements nécessaires.

Aujourd'hui, M. le Président, je pense qu'il faut insister sur la dernière étape que nous sommes en train de développer. Vous vous rappellerez qu'il y a quelques mois j'ai annoncé une collaboration à l'institut d'hôtellerie du Québec, hein, une organisation très bien réputée à l'international, pour la formation et la qualité des choses qu'ils produisent. Et actuellement, avec l'ITHQ, l'Institut du tourisme et d'hôtellerie du Québec, on est à développer des recettes pour les communautés des CHSLD issues de la diversité. Alors, nos gens qui viennent de l'immigration vieillissent aussi, et il y en a, là aussi, qui vont séjourner en CHSLD, et leur culture alimentaire, bien, on doit y répondre de la même façon qu'on le fait pour les Québécois qu'on dit de souche, anglophones et francophones. Mais on est en train d'adapter ces recettes-là, et là aussi, pour avoir eu une exposition préliminaire à ces recettes-là, je pense qu'on est vraiment sur la bonne voie, là, vraiment, et que, là aussi, ce sera un succès.

Maintenant, évidemment que ces changements-là sont plus dans la région de Montréal, on comprendra ça, mais je suis convaincu que nous tous et toutes actuellement autour de la table... il y a fort à parier que, lorsqu'on sera en CHSLD, ça nous tentera, nous aussi, d'avoir des repas plus... j'allais dire exotiques, mais ce n'est peut-être pas le bon mot, mais qui sont similaires à ce que l'on préparera pour cette clientèle-là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Côte-du-Sud.

M. Morin : Ça me va. Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Côte-du-Sud. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, il reste un peu moins de 10 minutes.

Mme Rotiroti : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je salue mes collègues du côté du gouvernement, mes collègues de l'opposition et du deuxième groupe d'opposition, M. le ministre et tous les gens qui vous accompagnent.

Alors, M. le Président, je vois que je suis la seule femme en plus autour de cette table. Alors, ça tombe bien, parce que je voudrais questionner le ministre sur une annonce qu'il a faite tout récemment sur les prothèses mammaires. Et je sais que mon collègue de Vimont a eu une occasion de parler du cancer du sein tout à l'heure. Malheureusement, j'ai manqué son intervention, mais si j'ai ça à vous dire, que le cancer du sein, c'est le cancer le plus répandu chez les femmes au Canada, on entend de plus en plus... Il y a 6 000 nouveaux cas de cancer du sein par année. Il y a plus de 26 000 femmes qui reçoivent un diagnostic du cancer du sein. Puis je peux juste m'imaginer, quand on reçoit un diagnostic comme ça, comment qu'on peut se sentir à ce moment-là. Et j' imagine qu'il doit y avoir toutes sortes de choses qui nous passent par la tête et comment qu'on peut tout faire, dans le fond, pour combattre cette maladie-là.

Il y a 5 000 femmes qui meurent encore de ce cancer-là, malgré toutes les avancées qu'on peut faire dans ce domaine-là. Parce qu'il faut le dire, c'est très avancé, on est capables de sauver beaucoup, beaucoup de femmes qui ont ce cancer-là. On a fait beaucoup d'avancées, mais malheureusement il y en a quelques-unes qu'on échappe. Alors, on voudrait toutes les sauver, hein, M. le Président, n'est-ce pas? Alors, je sais que le ministre...

Écoutez, quand j'ai dit que... tout à l'heure, j'ai dit que je peux juste m'imaginer quand on reçoit un diagnostic de telle ampleur, tous les possibles scénarios qui nous passent par la tête, mais une fois qu'on se décide puis une fois que le médecin nous propose les différents traitements qui sont disponibles, on prend une décision. Alors, ça peut être, tu sais, d'aller vers des prothèses mammaires. On a différents types de prothèses aussi, il y a une panoplie de différentes prothèses qui sont disponibles à des coûts évidemment différents. Et je sais que, M. le ministre, vous avez fait une annonce tout récemment, vous avez bonifié ce programme-là concernant les prothèses mammaires, et j'aimerais ça que vous m'expliquiez un petit peu plus c'est quoi, cette bonification-là. Qu'est-ce que ça représente pour les femmes qui se retrouvent à prendre cette option-là? Et est-ce que cette bonification est disponible tout de suite et comment qu'on fait?

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger. M. le ministre, il reste 6 min 30 s.
• (17 h 20) •

M. Barrette : Alors, M. le Président, simplement pour faire un rappel de ce que nous avons annoncé, mais surtout le remettre dans son contexte précis, alors, effectivement, mon collègue Dr Latreille a fait le bilan du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, mais du côté dépistage. On n'est pas allé du côté du traitement, et je suis très content que notre collègue de Jeanne-Mance—Viger soit ici aujourd'hui en tant que députée, mais en tant que femme aussi pour aborder ce sujet-là qui est d'une grande importance. Et lorsque j'ai fait l'annonce, j'ai souligné évidemment cette grande importance là. Et rappelons simplement en quelques mots ce à quoi fait face une femme après un diagnostic de cancer du sein.

Alors, évidemment, il y a le moment de l'émotion du diagnostic, et ça, c'est le moment le plus dur, évidemment. Et après avoir passé ce moment-là arrive évidemment le moment suivant qui est celui où la femme se fera donner les informations appropriées quant aux options thérapeutiques possibles, les différents traitements et les différentes investigations qui peuvent être nécessaires.

Vous savez, quand une femme reçoit ce diagnostic-là, qui est évidemment terrible, c'est un choc, il y a plusieurs options thérapeutiques en fonction de l'évolution, à ce moment-là, du cancer et du type de cancer. La première chose qui va se passer, c'est une biopsie pour déterminer évidemment le type de cancer et une investigation globale pour déterminer l'état d'avancement du cancer.

Et, dépendamment de ces facteurs-là, le type, l'évolution, et ainsi de suite, un traitement va être proposé, et le traitement qui va être proposé va être une combinaison de chimiothérapie, de radiothérapie, de chirurgie. Des fois, c'est juste

de la chimio, puis, dans la chimio, il y a différents grades de chimio, là, et il y a de la chimio qui est parfois plus agressive qui est utilisée, souvent moins agressive. Le cancer du sein n'a pas le même effet en termes de traitement... pas le cancer, mais le traitement n'a pas le même effet chez la femme que ce que l'on voyait il y a 25 ans et aujourd'hui, selon le type de cancer qu'on a.

Si on se retrouve dans une situation plus complexe pour la femme en termes médicaux, une femme peut se retrouver avec la combinaison complète, donc chimio, radio, chirurgie, et là je m'attarderai à l'instant sur le côté chirurgical. Lorsqu'une femme a une chirurgie pour le cancer du sein, ça peut être une chirurgie mineure. Alors, c'est une tumorectomie, ce n'est pas... on n'enlève pas beaucoup de tissu, ça n'a pas beaucoup d'impact anatomique en termes d'apparence.

Quand la chirurgie est plus extensive, lorsqu'on va vers la mastectomie totale, ça, ça veut dire que le sein est complètement enlevé, et on comprendra... et on n'en parle pas souvent de ça. C'est un sujet qui n'est pas souvent discuté sur la place publique pour des raisons évidentes. Mais la femme qui subit cette chirurgie-là, la mastectomie totale, par exemple, à la suite de ça, elle aura deux options potentielles : soit elle accepte, dans un deuxième temps, une autre chirurgie, d'avoir une reconstruction mammaire... Une reconstruction mammaire, ça veut dire ce que ça veut dire. On reconstruit, en déplaçant des tissus, le sein pour avoir une apparence qui soit symétrique entre la droite et la gauche ou la gauche et la droite. Et ça, c'est très important, parce que ça a un impact, hein? Le fait d'avoir ce type de chirurgie là, ça a un impact psychologique réel, physique. Ça va très loin. On peut imaginer toutes les conséquences que peut avoir une telle chirurgie sur la vie personnelle de la femme qui est impliquée dans cette situation-là. Et la femme fait ce choix-là.

Et il y a un pourcentage de femmes qui, face à cette deuxième chirurgie, qui n'est pas simple, qui a potentiellement des complications, et ainsi de suite — en général, ça va bien, mais il n'y a jamais rien de parfait — il y a des femmes qui choisissent de ne pas avoir la chirurgie de reconstruction et qui, conséquemment, vont se retrouver avec une asymétrie mammaire complète, un sein d'un côté normal, celui qui était là avant, avec à côté un thorax plat. Et là, pour des raisons évidentes, là, hein... Quand je dis «évidentes», là, on va jusqu'à l'estime de soi, la confiance en soi, les relations avec les autres. C'est normal, là, mais on n'en parle pas beaucoup. La femme va, à ce moment-là, choisir de ne pas avoir de chirurgie, mais d'utiliser les prothèses externes. C'est important de nommer, on parle de prothèses externes, on ne parle pas de prothèses comme en chirurgie esthétique, où ce sont des prothèses intégrées en dessous de la peau et du muscle. Là, on parle de prothèses externes qu'on enlève à tous les jours.

Jusqu'à récemment, nous payions la moitié seulement du montant d'une prothèse externe totale et nous ne payions absolument rien pour une prothèse externe, prothèse mammaire externe partielle. Parce que, dépendamment du niveau de chirurgie, on peut avoir une chirurgie... une prothèse partielle. Nous avons annoncé un investissement de 3,6 millions de dollars pour rembourser la totalité du coût de la prothèse et totale... externe — je m'excuse, c'est important — la prothèse externe totale et de la prothèse mammaire externe partielle. Et ça, M. le Président, c'est à la suite d'interventions qu'ont personnellement faites certaines femmes qui sont sorties discrètement, mais qui ont dit : Là, il y a un problème. Est-ce que le gouvernement pourrait faire quelque chose? Nous les avons entendues, il fallait qu'elles soient entendues, et nous avons pris la décision de rembourser le coût de la prothèse mammaire externe de remplacement, totale et partielle.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, voulez-vous placer une question qu'il pourrait répondre au prochain bloc?

Mme Rotiroti : Bien, dans le fond, est-ce qu'il reste du temps? Parce que ma question, elle est simple, elle est courte.

Le Président (M. Merlini) : Allez-y rapidement.

Mme Rotiroti : M. le ministre, vous avez dit... effectivement, vous avez annoncé le 3,6 millions. Ma question : Un, c'est-u accessible partout au Québec, cette intervention-là?

M. Barrette : La réponse, c'est oui, mais pas...

Le Président (M. Merlini) : Au prochain bloc. Au prochain bloc, M. le ministre.

M. Barrette : Au prochain bloc, d'accord.

Le Président (M. Merlini) : Le temps est écoulé. M. le député de Saint-Jean, vous avez maintenant un bloc de 17 min 30 s. À vous la parole.

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Pour revenir sur les CHSLD, pour ce qui est de l'offre alimentaire, dans les cahiers de crédits, à la question 270, nous avons demandé la liste des mesures et des sommes accordées pour l'amélioration et la qualité de l'alimentation des aînés hébergés en CHSLD, chaque année depuis cinq ans, ainsi que les prévisions pour 2018-2019. Et nous avons la révision de l'offre alimentaire en CHSLD en date du 15 mars 2018, donc, ce qui a été fait dans chacun des CHSLD pour les différentes dates, là, donc à la dernière journée de chaque mois. Et donc, quand on dit : En date du 15 mars 2018, dans le tableau, il y a le 31 mars 2018 et le 30 avril 2018 qui sont maintenant passés.

Donc, j'aimerais valider avec le ministre à savoir si le nombre de CHSLD offrant la nouvelle offre alimentaire en date du 31 mars 2018, qui étaient 138, et en date du 30 avril 2018, à 185, si ces données ont vraiment été livrées, parce qu'à

l'époque c'étaient des prévisions, en date du 15 mars. Donc, est-ce que c'est toujours... Est-ce que c'est le cas, finalement? Est-ce qu'au 31 mars 2018 on parle de 138 CHSLD? Et, au 30 avril, est-ce qu'on parle maintenant de 185 CHSLD qui ont eu la révision de l'offre alimentaire?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre.

M. Barrette : Alors, selon les informations dont je dispose, qui proviennent des CHSLD... pardon?

Une voix : ...

M. Barrette : Alors, M. le Président, les informations qui sont dans le document sont exactes. On est là où on est censés être rendus tel qu'exposé dans la réponse qui a été fournie au collègue.

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

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Donc, est-ce que le ministre a l'intention, pour la suite des choses, de rendre public, peut-être au mois ou aux deux mois, où est-ce qu'on en est rendus dans l'implantation de la nouvelle offre alimentaire pour les CHSLD du Québec, sachant que, en fonction de ce que le ministre vient de mentionner, nous serions à 59 % du projet réalisé en date du 30 avril?

Donc, pour la différence, donc le 41 %, on a, là, la ventilation par mois. Est-ce que le ministre a l'intention de rendre publiques ces données au fur et à mesure pour que les Québécoises et les Québécois puissent connaître l'avancement de ce projet?

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

M. Barrette : M. le Président, j'invite même notre collègue à notre prochain forum sur le maintien à domicile. Je suis sûr qu'on aura à discuter de ça dans mes remarques introductives. Ça va me faire plaisir d'en parler à ce moment-là. Maintenant, je suis tout à fait disposé à rendre les données disponibles à la demande, là, sans nécessairement faire de nouveaux rapports.

Vous savez, M. le Président, on a souvent reproché au système d'avoir beaucoup de bureaucratie. Là, actuellement, on essaie de la minimiser. Je suis tout à fait disposé à les rendre à la demande, là, sans établir de nouvelle règle où on va faire du papier pour du papier.

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

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Un tweet est si vite fait. Un tweet à tous les mois pour mentionner le pourcentage de CHSLD qui ont implanté l'offre alimentaire pourrait être approprié, dans ce cas-ci, et ça ne rajoute pas beaucoup à la bureaucratie.

M. Barrette : ...véhicule de communication avec le public, M. le Président, n'est pas Twitter, quand même, pour le gouvernement. On est un peu plus formels que ça, mais notre collègue pourra nous encourager en tweetant nos résultats positifs, ça va me faire plaisir. On peut commencer par : Félicitations...

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.
• (17 h 30) •

M. Turcotte : Merci, M. le Président. J'aurai une occasion de féliciter le ministre lorsqu'il aura répondu favorablement à ma prochaine question, la question 303d, que nous avons mise dans nos questions particulières de l'opposition officielle sur les délais moyens pour obtenir une place en CHSLD.

L'année passée, nous n'avions pas pu obtenir de données sur les délais moyens pour obtenir une place en CHSLD. Cependant, pour cette année, nous avons pu obtenir, du moins en partie, l'information, qui nous paraît intéressante, M. le Président, mais difficilement comparable à l'année passée, n'ayant aucune information de cet ordre.

Donc, est-ce qu'il serait possible, M. le Président, par votre entremise, que le ministre rende publiques et remette à la commission, ici, les données du même ordre que cette année, mais pour l'an passé, pour qu'on puisse voir l'évolution dans les délais moyens pour obtenir une place en CHSLD?

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

M. Barrette : Mais, M. le Président, est-ce que je peux comprendre que notre collègue a l'information pour l'année actuelle, là? Elle est dans le cahier, là.

M. Turcotte : Exact.

M. Barrette : Alors, ce que le collègue me demande, c'est de fournir la donnée de l'année dernière?

M. Turcotte : Oui.

M. Barrette : On vous la fournira. Le délai moyen de l'année dernière pour l'ensemble du Québec est... oui, c'est pour les CHSLD, mais on n'a pas le délai moyen sur cette feuille-là. Juste une petite seconde, M. le Président, je ne pense pas...

Le Président (M. Merlini) : Je crois qu'il cherche.

M. Barrette : ...personne, le nombre de jours...

M. Turcotte : Donc, ça peut être remis à la commission.

Le Président (M. Merlini) : Oui.

M. Barrette : Alors, je n'ai pas la réponse de l'année passée, mais attendez une minute, je vais juste voir dans mes papiers, là...

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, à ce moment-là, si vous en faites la recherche au ministère, pourriez-vous la déposer à la secrétaire de la commission?

M. Barrette : Oui, on l'aura pour la prochaine... au retour, à 19 h 30, ce soir.

Le Président (M. Merlini) : Très bien. M. le député.

M. Turcotte : Comme c'est mentionné, là, dans la question 303d, par CISSS, là, CISSS et CIUSSS, ça serait bien de pouvoir l'avoir. Si ce n'est pas ce soir, on comprend, là, que c'est pas mal occupé. Donc, ça peut être remis à la commission dans les prochains jours, ça va être apprécié.

M. Barrette : C'est très bien.

M. Turcotte : Prochaine question, M. le Président, nous avons posé... à la question 292 des cahiers des crédits, le nombre de lits disponibles en ressources intermédiaires pour les cinq dernières années. Nous voyons qu'il y a eu une augmentation du nombre de lits disponibles en ressources intermédiaires entre l'an passé et cette année. Cependant, pour les régions du Saguenay—Lac-Saint-Jean et la région de la Montérégie, il n'y a toujours pas de lits disponibles en ressources intermédiaires, tout comme l'année passée. Donc, est-ce qu'il y a une raison pourquoi la région de la Montérégie et la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean n'ont toujours pas de lits disponibles en ressources intermédiaires?

M. Barrette : Alors, M. le Président, ça, c'est une question qui n'est pas complexe, mais qui l'est par sa conséquence. Alors, nous avons — et ça, je pense qu'il faut le rappeler, là — investi 100 millions de dollars pour augmenter le nombre de ressources disponibles à l'extérieur de l'hôpital. Ça inclut des ressources intermédiaires pour libérer les lits de courte durée utilisés, occupés par des patients qui devraient être ailleurs et qui empêchent évidemment, par conséquent, des patients soit d'avoir un traitement, une chirurgie ou de monter de l'urgence à l'étage. Alors, ce 100 millions là a eu l'effet escompté parce que nous avons diminué de façon substantielle le nombre de lits occupés par des patients qu'on qualifie NSA, niveau de soin alternatif, par rapport aux années précédentes.

Maintenant, le 100 millions était utilisé de la façon suivante : il était distribué là où il y avait des besoins, en fonction des NSA au Québec, sur le territoire. Il y a des régions où on n'a pas besoin de ressources intermédiaires parce qu'on en a assez actuellement. Il y a d'autres régions où on a besoin, mais on ne les a pas parce que les ressources intermédiaires ne sont pas dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce sont des gens, des entreprises, des résidences, il y a toutes sortes de formules utilisées par les exploitants de ces ressources intermédiaires là qui ont un contrat avec nous. Pour utiliser notre jargon, on achète des places en... mais ce n'est pas vraiment un achat, là, au sens où on ne devient pas propriétaires de la ressource, mais c'est le jargon qu'on utilise. Alors, en Montérégie par exemple, et, en fait, partout essentiellement au Québec, il y a eu un moment où on a tout pris ce qui existait. Alors, quand on compare une année avec l'autre, il faut... on peut constater qu'il n'y a pas d'augmentation, par exemple, mais il faut savoir que parfois, et c'est le cas de la Montérégie, ils ont tout utilisé. Ils ont pris leur budget, ils n'ont même pas consommé la totalité de leur budget parce qu'il n'y a pas de fournisseurs qui amènent une disponibilité de ressources intermédiaires.

Quand on fait l'annonce d'un investissement de 100 millions dans ce secteur-là, on envoie aussi un message à ces fournisseurs-là. On a un besoin, développez-les, on est preneurs. Et c'est ce qu'on voit actuellement sur le terrain. On a plein de gens, là, ayant constaté que le 100 millions, ce n'est pas une seule fois, c'est récurrent. Alors, les gens savent, sur le terrain, qu'on est en demande actuellement. Dans les grandes régions métropolitaines de Québec, de Montréal, de l'Estrie, par exemple, se développent, on le sait, là, actuellement, des ressources. On attend qu'elles arrivent, et ça va nous faire plaisir de consommer adéquatement les sommes investies. Mais c'est ça, la raison pour laquelle il n'y a pas eu d'augmentation. Ce n'est pas parce qu'on ne veut pas, c'est parce qu'ils ont tous été pris l'année passée.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Je vais retourner au dossier des CHSLD pour les adultes en CHSLD. Lors de la période de questions du 14 juin 2017, j'avais questionné le ministre sur les adultes vivant en CHSLD. Et le ministre

m'avait répondu, à ce moment-là : «Je suis convaincu, M. le Président, que le gouvernement, notre gouvernement, sera le premier gouvernement à mettre de l'avant un plan, un vrai plan, avec, oui, des échéanciers pour faire face à cette situation-là, pour [que] les gens qui sont dans ce besoin-là dans leur résidence actuelle, M. le Président.»

Sachant ça, est-ce que le ministre... Où il en est, dans l'élaboration de son plan avec les échéanciers pour s'assurer que ces personnes, qui vivent actuellement dans un CHSLD, puissent avoir un lieu de résidence approprié à leurs besoins?

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

M. Barrette : Alors, alors, le plan est en élaboration et il sera annoncé le moment venu.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean. Il reste cinq... six minutes.

M. Turcotte : Pour économiser du temps, je n'avais pas ajouté ce bout de la citation que le ministre avait dit à ce moment-là, lors de la période de questions, mais j'entends qu'il est cohérent avec lui-même.

M. Barrette : ...

M. Turcotte : Cependant, ce que j'aimerais qu'il retienne de sa citation, c'est qu'on allait mettre de l'avant un plan, un vrai plan avec des échéanciers. Dans le cahier des crédits, on voit qu'il y a une petite diminution du nombre de personnes de 64 ans et moins en CHSLD. Elle est existante, on la voit, il y a certaines régions où qu'il y a eu une augmentation, mais, dans l'ensemble, il y a une diminution. Mais, au rythme où ça va, nous avons calculé que nous aurions besoin d'environ 18,8 ans avant d'atteindre l'objectif. Donc, l'échéancier du ministre, je souhaite qu'il ne soit pas sur 18,8 ans avant de régler cette question.

M. Barrette : Partageons ce souhait.

M. Turcotte : Maintenant que nous partageons le souhait, nous avons quelque chose en commun. Maintenant, quelle est l'intention du ministre? Parce qu'il reste peu de mois avant la prochaine campagne électorale, et ce serait bien... Il a dit leur gouvernement, pas le nôtre. Donc, leur gouvernement. Donc, s'il veut appliquer son plan, il faut qu'il le dépose rapidement.

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

M. Barrette : C'est-à-dire, M. le Président, ça sera certainement un plan conçu par nous et exécuté, dans le prochain mandat, par nous. Il a bien raison, notre collègue, de souligner ce point-là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député, il reste quatre minutes.

M. Turcotte : Merci, M. le Président. Je vais retourner, dans ce cas-ci, aux ressources intermédiaires, pour l'outil de classification, à savoir si le ministre a l'intention de réviser l'outil de classification pour les ressources intermédiaires, sachant que cet outil est décrié par les ressources elles-mêmes, disant que — à juste titre, là — qu'ils ne tiennent pas compte nécessairement de l'état de situation des personnes dans son ensemble.

Donc, est-ce que le ministre a l'intention de réviser et d'actualiser l'outil pour faire en sorte que les ressources intermédiaires puissent bénéficier d'un montant qui réponde davantage aux réels besoins des personnes?

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

M. Barrette : Là, M. le Président, je suis un peu... je me sens interpellé, au sens «interrogatoire» du terme, par la question de notre collègue, là, parce que sa question touche à la négociation qu'on vient de terminer. Alors, elle est... à moins que j'aie mal compris le sens et le fond de la question, il me semble que cette question-là nous amène à un enjeu de négociation qui vient d'être conclu à la satisfaction des parties.

Le Président (M. Merlini) : M. le député, il reste trois minutes.

M. Turcotte : Donc, est-ce que le ministre peut nous dire qu'est-ce qui sera appliqué pour les ressources intermédiaires? Parce que, là, il semble dire que la négociation est terminée.

M. Barrette : Bien, je semble dire que la négociation est terminée... c'est parce qu'elle est terminée.

M. Turcotte : Bien, c'est ça, donc c'est public. Est-ce qu'on peut, nous, le savoir ou c'est confidentiel, là?

M. Barrette : Alors, M. le Président, je vais amicalement demander à notre collègue de préciser sa question, là, parce que je sens, je sens qu'il y a quelque chose d'autre que le collègue veut savoir.

• (17 h 40) •

M. Turcotte : Je crois que le ministre est trop curieux de mes questions. Ma question était simple : Est-ce que le ministre... dans quelle orientation il souhaite aller avec l'outil de classification pour les ressources intermédiaires? Il dit qu'il y a eu une négociation, je suis au courant. J'ai posé assez de questions pour le presser dans la négociation. Maintenant que l'entente est conclue, vers où le ministre veut aller?

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

M. Barrette : M. le Président, est-ce que le collègue fait référence à l'outil clinique qui demande de la formation pour déterminer le niveau de rémunération de la ressource intermédiaire? Ça, c'est en cours, ça se fait, ça. Mais ce n'est pas un outil de négociation, et c'est un outil qui est utilisé, là, qui n'est pas en train d'être révisé en soi mais qui peut amener à une révision d'une situation dans un endroit, chez un fournisseur donné. Alors, si c'est ça que le collègue veut dire, bien, c'est ça qu'on fait actuellement. Mais ce n'est pas nécessairement une révision ou une refonte de la mécanique qu'on utilise depuis... j'allais dire toujours, mais peut-être pas toujours, mais depuis les dernières années.

M. Turcotte : La question, c'est : Est-ce qu'il a l'intention d'actualiser cet outil?

M. Barrette : La réponse à ça, c'est non au moment où on se parle parce que ça revient quand même à la négociation. La relation qu'on a avec les ressources intermédiaires est basée sur, 50 %, l'évaluation clinique, l'autre 50 %, et que vous connaissez... que le collègue, M. le Président, et ça, c'est la méthode qu'on utilise. Et il n'y a pas eu de demande du milieu, en tout cas, du moins on n'a pas conclu à la nécessité de faire de changement dans cette mécanique-là, à la suite des négociations que l'on a faites et conclues.

Le Président (M. Merlini) : 30 secondes, M. le député de Saint-Jean.

M. Turcotte : On va les remettre.

Le Président (M. Merlini) : Très bien. Alors, ça met un terme à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Il y a un dernier échange maintenant, avant notre pause, avec le gouvernement, un bloc de 18 minutes. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, à vous la parole.

Mme Rotiroti : Alors, merci beaucoup, M. le Président. Alors, je voudrais peut-être revenir à la question que vous n'avez pas eu la chance de répondre, M. le ministre, sur les prothèses mammaires. Dans le fond, je voulais savoir si c'est quelque chose qui est accessible partout à travers le Québec. Comment ça fonctionne?

M. Barrette : Oui. Alors, comprenons bien que les prothèses mammaires externes, complètes ou partielles, qui seront remboursées par le gouvernement ne sont pas distribuées par le gouvernement. Alors, et ça va peut-être surprendre nos collègues et les auditeurs, il y a des... j'allais dire des cliniques, mais ce n'est pas ça qu'il faut dire, mais il y a commercialement, là, des fournisseurs qui ont pignon sur rue et qui offrent ce genre de services là. Il y en a en général dans la plupart des régions, mais je...

Une voix : ...

M. Barrette : Pardon? Il y a probablement des régions plus éloignées où il n'y en a pas, mais à notre connaissance il y en a partout sur le territoire du Québec. Je ne peux pas affirmer, par exemple, qu'il y a une clinique... pas une clinique, mais un commerce comme celui-là, une boutique, c'est le mot que je cherchais, de ce type-là aux Îles-de-la-Madeleine, je ne sais pas. Mais, dans la plupart des régions, il y a cette disponibilité-là, suffisamment proche. Mais je n'ai pas l'adresse de toutes les boutiques qui offrent ce service-là.

La prothèse, elle est vendue dans le commerce. Si vous me permettez, tout le monde, le parallèle, vous savez, on a des commerces qui vendent des prothèses, des orthèses, des béquilles, des chaises roulantes, et ainsi de suite. On a ça à peu près partout au Québec, mais pas exactement dans chaque ville du Québec. C'est accessible. C'est la même chose pour ces prothèses-là. Il y a des commerçants qui offrent une panoplie de fournitures médicales dédiées aux femmes dans ce secteur-là. Vous savez, ce n'est pas juste une question de prothèse. Parfois il y a des... il y a toutes sortes de... il y a une panoplie d'appareils, de supports, des drains, des ci, des ça, il y a un paquet de situations possibles qui se vendent, et ça se vend dans des commerces spécialisés que l'on retrouve pas mal partout au Québec, mais certainement pas dans chaque ville et village du Québec, là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Mme Rotiroti : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, évidemment, on va changer de sujet, M. le ministre, si vous permettez, parce que moi, je suis la députée de Jeanne-Mance—Viger, qui est l'arrondissement de Saint-Léonard, qui se retrouve dans l'est de Montréal.

Alors, quand on parle de l'est de Montréal, M. le Président, on parle toujours comme... on réfère toujours à l'est de Montréal comme l'enfant pauvre de Montréal, chose que moi, je n'accepte pas de parler de l'est de cette façon-là parce que j'ai grandi dans l'est de Montréal et je trouve que c'est un bel endroit pour vivre. Alors, si je parle de mon comté, alors je

dessers... j'ai 54 000 électeurs, 70 000 habitants. J'ai une population de plus en plus vieillissante, et c'est une population en pleine croissance, et tellement, au niveau des besoins, surtout des soins de santé, qu'on avait parlé, à un moment donné, d'avoir un nouvel hôpital, malgré le fait qu'on a l'Hôpital Santa-Cabrini et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui n'est pas nécessairement dans mon comté, mais qui dessert l'ensemble des comtés de l'est de Montréal.

Alors, pourquoi je vous parle de ça? Un, parce que je voudrais entendre le ministre... si la construction du nouvel hôpital dans l'est est complètement écartée de ses scénarios, mais aussi de dire qu'il y a eu récemment des belles annonces, quand même, au niveau des systèmes de santé. Juste au niveau de mon comté, sans parler des cliniques-réseaux qui s'ouvrent dans l'est de Montréal, mais, dans mon comté, il y a plus de 22 000 personnes qui ont accès à un médecin de famille, qu'ils n'avaient pas depuis deux ans. Alors, c'est quand même une amélioration, et il faut le saluer.

Mais, pour revenir à des investissements majeurs qu'on a eus dans nos hôpitaux, dans l'est, je vais parler de Sant-Cabrini parce que, vous savez, j'ai un comté, quand même, où est-ce que 80 % de mes électeurs, c'est d'origine italienne. Alors, c'est un hôpital qui dessert beaucoup mon comté, qui est, quand même, il faut le dire, M. le ministre, un peu désuet. Il a besoin beaucoup d'amour. Et j'étais contente d'être à vos côtés quand on a annoncé le 9,1 millions pour l'agrandissement et le réaménagement de l'unité d'endoscopie et de chirurgie d'un jour. Et je pense que ça a été salué par l'ensemble des intervenants de l'est, non seulement de l'établissement même, mais aussi des usagers de l'est de Montréal. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus, M. le ministre. Et par la suite, on passera à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Une voix : ...

Mme Rotiroti : À Maisonneuve-Rosemont.

M. Barrette : Ah! Santa-Cabrini en premier.

Mme Rotiroti : C'est parce que vous avez fait plusieurs annonces dans l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour améliorer justement les services aux usagers, des montants assez importants. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus, s'il vous plaît.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger. M. le ministre.

Mme Rotiroti : Mais commencez avec Santa.

• (17 h 50) •

M. Barrette : O.K. Alors, bien, je vais commencer par saluer et remercier toute la communauté italienne qui a toujours, historiquement, depuis le début, depuis le jour un de l'Hôpital Santa-Cabrini, qui fait maintenant partie du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, qui a toujours été au rendez-vous pour d'abord aider l'hôpital, mais aussi s'impliquer dans le développement de l'hôpital via sa fondation. Et vous me permettez, M. le Président, de saluer les efforts et les succès qui viennent de cette implication-là, qui proviennent de l'implication de toute la communauté italienne et de ses représentants à Santa-Cabrini

Mais je vais déborder maintenant sur Maisonneuve-Rosemont parce que la communauté italienne maintenant est très impliquée dans le développement de Maisonneuve-Rosemont, et ça, ça montre la transformation qui est en train de se faire dans le réseau, à savoir qu'il y a une approche de population... d'appartenance à leur institution, qui est maintenant le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, qui comprend deux hôpitaux, un plus gros, un moins gros, mais tout aussi importants l'un que l'autre, et qui offrent des services de niveau complémentaire et très complémentaire parce que, dans bien des secteurs, ce sont les mêmes médecins qui pratiquent dans les deux, et ça, c'est remarquable de voir aller ça. Et on voit l'implication de la communauté dans les deux.

Alors l'Hôpital Santa-Cabrini, M. le Président, vous n'êtes pas sans savoir que ce n'est pas un hôpital qui est jeune. Il a un certain âge et comme tous les hôpitaux de cette envergure-là et de cet âge-là, il y a des zones dans l'hôpital qui sont vétustes, qui ne sont pas aux normes, et les normes, c'est une question qui est importante parce que la norme reflète la capacité de donner des soins de façon sécuritaire, fluide et efficace, et il y a lieu de revoir ça. Et c'est pour ça que nous avons été engagés dans plusieurs projets dans Santa-Cabrini, notamment un projet dans le secteur de l'endoscopie, qui a été annoncé, et un autre projet sur lequel nous travaillons, qui traite des blocs opératoires et des zones environnantes. Santa-Cabrini, comme bien des institutions, a besoin de ce genre de mise à niveau là.

L'hôpital d'à côté, lui, parce qu'ils sont littéralement, c'est un fait, là, à deux coins de rue l'un de l'autre, alors, l'Hôpital Santa-Cabrini, lui, est plus vieux encore... pas Santa-Cabrini, je m'excuse, Maisonneuve-Rosemont, il est plus vieux encore, et le niveau de soins qui s'y donne là est plus complexe. À Maisonneuve-Rosemont, on fait de la thérapie génique. On modifie des cellules qu'on enlève du corps d'un patient, qu'on cultive, qu'on modifie génétiquement, qu'on réinjecte aux gens. On est vraiment, là... ce qui était considéré, il y a 20 ans, de la science-fiction, là, ça se fait aujourd'hui. Ça nécessite des environnements très particuliers, ce qu'on appelle des salles blanches, là, des... Ça, ce sont des salles hyperstériles dans lesquelles on rentre en scaphandre, presque, là. C'est particulier.

Mais l'hôpital, il est vieux, mais il est vraiment vieux et ce n'est pas juste qu'il est vieux, c'est parce qu'à un moment donné, il devient non adapté à la clientèle qu'il dessert. Alors, c'est sûr que, quand on est dans ce niveau de complexité thérapeutique que je viens d'évoquer il y a un instant, bien, une chambre où il y a deux lits et dans laquelle, si on a une tige à soluté avec des appareils suspendus à la tige, on n'est même pas capables de se rendre aux toilettes, là... C'est vraiment vrai, ce que je vous dis là. On ne peut pas rentrer dans la toilette et fermer la porte. Il faut prendre la porte de la chambre puis la rabattre pour avoir un peu d'intimité parce que l'équipement avec lequel on se promène est trop gros. Je

vous ai parlé d'une tige à soluté avec des équipements; des fois, le patient va en avoir deux. Là, il ne rentre pas dans la chambre de bain, juste pour vous donner un exemple.

Alors, rendu dans ce type de patient là, là, il y a des enjeux de contamination. C'est des gens qui sont très fragilisés, et ainsi de suite. Alors, il y a lieu de s'engager dans des niveaux différents de rénovation, et on en a fait à Santa-Cabrini, en partenariat avec la fondation, et nous avons annoncé un investissement substantiel de 1,8 milliard de dollars pour remettre la partie hospitalière à niveau à Maisonneuve-Rosemont. Et, quand notre collègue disait que dans l'est de Montréal, des fois, les gens se sentent les parents pauvres, je peux vous dire que la population, elle, c'est une population très dynamique. Mais, quand on parle d'infrastructures dans le réseau, bien, il y a un problème qu'on voit partout et ça nécessite des investissements.

Ce matin, un député de la CAQ m'a posé une question sur les délais de réalisation de certains projets. Bien, c'est parce que les projets, ils ont une complexité, et ça prend un certain temps. Mais je vais juste regarder ici, M. le Président, là, je regarde les gens qui sont autour de la table, puis on va juste s'amuser, M. le Président. J'ai, à ma gauche, le député de Dubuc, et on a annoncé, il y a quelques semaines, la rénovation du bloc opératoire et de la stérilisation à l'Hôpital de Chicoutimi. À sa gauche, il y a le député Côte-du-Sud, où on a, dans notre mandat, réalisé et mis en opération une unité d'hémodialyse qui permet à la clientèle, aux patients de ne plus faire une heure dans un sens, une heure dans l'autre sens pour venir à Québec. À la Cité de la santé — je vois mon collègue de Vimont — on en a parlé plus tôt dans la journée, hein, on augmente la capacité de l'hôpital parce que les besoins sont là. Je viens, avec notre collègue de Jeanne-Mance—Viger — là, on fait de la géographie, hein, mais ça montre à quel point les besoins sont partout — de parler de Santa-Cabrini et de Maisonneuve-Rosemont. Mon collègue des Îles-de-la-Madeleine, on a annoncé la dialyse, la dialyse, pour des raisons évidentes.

Et je passe de l'autre côté de la Chambre et je regarde mon collègue de Saint-Jean. Alors, à Saint-Jean...

Une voix : ...

M. Barrette : Alors, à Saint-Jean, nous avons développé un centre mère-enfant tout en rénovant l'urgence. Ça s'est fait pendant ce mandat-ci parce qu'il y avait un besoin. Je vois que notre collègue ne semble pas heureux de cette réalisation-là, mais les patients le sont. Et évidemment je terminerai par notre collègue de Lévis, où on va bientôt inaugurer un centre de cancérologie, et on a encore des projets à annoncer dans d'autres secteurs.

Alors, la santé, M. le Président, c'est partout au Québec. Et les infrastructures, c'est un enjeu qui est majeur. Et quand... Je reviens à l'est de Montréal, bien, l'est de Montréal, c'est majeur, parce que ça fait des années, là, qu'il n'y a pas eu d'investissements aussi structurants que ceux que nous avons annoncés récemment. Puis c'est sûr que, Maisonneuve-Rosemont, on a construit un centre ambulatoire et rénové l'urgence, mais l'évolution de cet hôpital-là, même chose pour Santa-Cabrini, est telle que, si on veut les garder à date, il faut investir maintenant ce que nous avons annoncé. Mais évidemment, la réalisation de tout ça, ça prend un certain temps. Et là je prends en témoin les gens qui sont ici, autour de notre... dans le salon rouge, puis ensemble on pourrait répondre à notre collègue de Masson ce matin : Bien, les projets prennent du temps. Ils prennent du temps pourquoi? Parce qu'on ne peut pas tous les faire en même temps. Pourquoi? Capacité budgétaire, puis il faut les séquencer. Alors, il y a des décisions qui doivent être prises, qui sont des décisions d'ordonnancement, qui ne sont pas simples à prendre, mais qui sont le reflet de l'ampleur des besoins que l'on a au Québec, partout sur le territoire. Et ça, c'est apolitique.

Dans l'est de Montréal, là, il fallait le faire. Et, comme la collègue l'a dit, ce n'est pas son comté, hein, ce n'est pas son comté. Les deux hôpitaux, là, sont à l'extérieur de son comté, mais, parce que ça dessert une communauté qu'elle représente, la communauté qu'elle représente, qui n'est pas exactement dans le comté des hôpitaux, elle est bien contente, elle, de voir qu'on s'occupe de leurs besoins pour leur offrir des services dans un environnement optimal. Ça me fait plaisir, moi, de faire cet investissement-là dans le comté du chef de l'opposition officielle parce que ce qui m'importe, moi, ce n'est pas la couleur du comté, mais bien les individus, les citoyens qui sont dans le comté, dont les intérêts sont défendus évidemment par leurs représentants. Mais, à un moment donné, il faut les prendre, ces décisions-là.

Et je vais le dire encore une fois, M. le Président, les annonces que nous avons faites n'auraient jamais pu être faites si nous n'étions pas dans une situation d'équilibre budgétaire. C'est simple, là, c'est un fait, c'est incontournable, la gestion publique que nous avons faite nous a permis non seulement un succès économique, mais aussi la capacité de faire des choix judicieux dans l'intérêt des citoyens. Je suis content que notre collègue de Jeanne-Mance—Viger m'ait permis de faire cette intervention-là. Je sais que la communauté qu'elle représente en est très heureuse — il fallait le faire — je le suis, moi aussi.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Mme la députée, il vous reste 2 min 25 s.

• (18 heures) •

Mme Rotiroti : Merci, M. le Président. En effet, je pense que je peux parler pour l'ensemble de mes collègues de l'est de Montréal, de vous dire à quel point ces investissements étaient très attendus, M. le ministre, très appréciés. C'est loin d'être un luxe, hein? Quand on dit... Vous l'avez bien dit, c'est des installations qui desservent l'ensemble de l'est de Montréal où c'est qu'il y a une population en croissance, une population vieillissante. Et je pense qu'on était devant des établissements qui avaient besoin beaucoup, beaucoup d'amour. Alors, j'espère que les investissements seront au rendez-vous, hein? On va continuer à moderniser nos installations, nos hôpitaux, parce qu'on en a de besoin.

Mais je voulais vous... Vous l'avez mentionné, et je ne l'ai pas fait dans mon préambule, mais, si vous me permettez, j'aimerais ça... vous avez mentionné les fondations des hôpitaux. Effectivement, les fondations jouent un rôle de plus en plus important au niveau du financement, et je voudrais, si vous permettez, M. le Président, souligner la fondation de l'Hôpital Santa-Cabrini, qui a fait des levées de fonds assez importantes pour être capable de venir en aide à, entre autres,

l'annonce qu'on avait faite pour l'agrandissement et le réaménagement d'unités endoscopie. Alors, je salue le président, M. Elio Arcobelli, ainsi que l'ensemble du conseil d'administration, parce qu'honnêtement, de plus en plus, on a besoin d'avoir des fondations, dans nos installations de santé, dynamiques, présentes et qui font appel à la population, hein, dans le fond, dans l'ensemble du Québec pour être capable de faire des levées de fonds qui, dans le fond, viennent aider, hein, les investissements qu'on fait comme gouvernement. Alors, je tiens à saluer les efforts de ces fondations-là qui jouent un rôle de plus en plus... très important.

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

Mmes, MM. les membres de la Commission de la santé et des services sociaux, il est 18 heures, et, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30, où nous poursuivons notre merveilleux mandat ici même, à la salle du Conseil législatif.

(Suspension de la séance à 18 h 1)

(Reprise à 19 h 31)

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons donc reprendre nos travaux.

Je vous rappelle que la Commission de la santé et des services sociaux est réunie pour poursuivre et terminer l'étude des crédits budgétaires du volet Santé et Accessibilité aux soins, du portefeuille Santé et Services sociaux, pour l'exercice financier de 2018-2019.

Cet après-midi, nous avons commencé avec neuf minutes de retard, que nous devons combler ce soir. Alors, j'ai besoin de votre consentement pour terminer les travaux à 20 h 39.

Des voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Le consentement est donné. Merci beaucoup. Maintenant, nous allons procéder immédiatement au premier bloc d'échange qui va au deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous avez 17 minutes.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. J'aborderai un thème qu'on avait commencé à aborder mais très, très succinctement dans une précédente rencontre, je parle des centres de périnatalité.

En fait, il y a 18 centres de soins en périnatalité au Québec : la moitié des centres qui comptent sur un financement récurrent, M. le Président, un financement stable; l'autre moitié qui doit se débrouiller pour assurer leur survie. Parmi ces centres, bien, je pense à un en particulier qui se bat littéralement pour sa survie depuis un an, l'organisme Mieux-Naitre, à Laval, va fermer ses portes dans les prochains mois. Évidemment que Mieux-Naitre Laval a tenté, sans succès, de rencontrer le ministre de la Santé. Depuis ce temps, il y a eu des échanges entre le ministère de la Santé et le CISSS de Laval, mais on se renvoie la balle.

Là-bas, évidemment, vous comprendrez que Mieux-Naitre à Laval déplore le fait qu'on ait l'impression qu'on est utile et important, mais en même temps pas suffisamment pour être capable d'assurer la survie de l'organisation. Et pourtant, les demandes ont été faites, ont été nombreuses, tant auprès du ministère, que du CISSS, que de la députée de Mille-Îles.

Est-ce que le ministre de la Santé va faire quelque chose pour assurer la survie de Mieux-Naitre à Laval? A-t-il avancé dans ce dossier ou les gens doivent comprendre aujourd'hui que ce sera terminé dans quelques mois?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, c'est un sujet très spécifique, très précis que notre collègue aborde ce soir. Il aborde non pas un sujet qui est d'ordre gouvernemental, mais bien un sujet d'ordre entrepreneurial, essentiellement privé.

Maintenant, sur la question de ce type de services là, contrairement à ce que le collègue nous a dit, j'ai rencontré les gens de Mieux-Naitre ici, au Parlement. Je les ai rencontrés. Et... pardon?

Une voix : ...

M. Barrette : À plusieurs reprises, effectivement, M. le Président. Et j'ai été très clair avec eux, là. Alors, non seulement j'ai été très clair, mais j'ai accepté de façon temporaire un financement.

Et il faut comprendre que, pour des services de périnatalité, dans la région de Laval, il y a des services qui existent dans la région de Laval. Non seulement y a-t-il des services qui existent, dans la région de Laval, mais j'ai bien expliqué à l'organisation naissance... Je ne veux pas faire de jeu de mots, là, ce n'est pas ça du tout, là, mais il faut comprendre que Mieux-Naitre, à Laval, c'est récent. Ce sont des gens qui ont choisi de partir un organisme communautaire. C'est leur choix, ils ont... C'est leur choix, on ne peut pas les empêcher. Par définition, dans ce secteur d'activité là, lorsqu'on est dans un mode de financement communautaire, ça signifie évidemment qu'il y a des levées de fonds qui doivent être faites. Maintenant, nous n'avons jamais eu d'objection à ce que des organisations se développent dans leur environnement en collaboration avec le réseau.

Mais ce que j'ai dit à l'équipe de Mieux-Naitre : Vous devez vivre selon, évidemment, votre modus operandi normal, qui est la levée de fonds. Et je leur ai dit : Pour ce qui est d'une subvention gouvernementale, je vais regarder

quelle est l'offre de service, à Laval, et je vais consulter l'administration du CISSS pour déterminer s'il y a un besoin non couvert. La réponse a été, de l'administration, qu'il y avait suffisamment d'offres de service à Laval pour fournir à la demande. C'est ça qui a été conclu. Et c'est comme ça que ça fonctionne, toujours, sur tous les territoires. Quand on a à aider financièrement un organisme communautaire, des sommes d'argent sont distribuées au CISSS. Le CISSS a la responsabilité, qui était dévolue avant aux agences, de déterminer qui a la capacité de le faire, la qualification de ces gens-là en termes de dispensation de service, et un budget.

Or, ici, j'ai, de multiples sources et principalement du CISSS, l'information à l'effet que les besoins sont couverts. Alors là, on arrive à la réalité de ce fait-là : Est-ce que je dois subventionner toutes les organisations qui jaillissent, qui apparaissent partout dans le réseau si le besoin est comblé? C'est tout. Elle est là, la question. Et, compte tenu du fait qu'on m'informe que les besoins nécessaires pour la population sont comblés, je n'ai pas donné suite à la demande, après leur avoir expliqué à plusieurs reprises ce que je viens de vous dire. Et je le répète ce soir.

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

M. Paradis (Lévis) : Oui, M. le Président. Je passerais à un autre dossier. Je comprends, puis les gens comprendront, donc, que la décision a été répétée par le ministre et que la volonté de subventionner davantage l'organisme, la réponse est non, ce que le ministre a dit déjà avoir dit à l'organisation. Alors, ça a le mérite d'être clair, à partir du moment où eux souhaitent toujours la survie de leur organisme, qu'ils jugent essentiel pour les besoins de la population.

M. le Président, Centre de répartition des demandes de services, le CRDS. Au chapitre du déploiement, on le sait, neuf spécialités sur 29 faisaient l'objet, donc, de l'utilisation du CRDS. Depuis février, c'est freiné, en fonction du fait qu'on n'est pas davantage avancés, on est neuf sur 29. Est-ce qu'à ce chapitre-ci... J'aimerais savoir si le ministre a avancé. Est-ce qu'on davantage de spécialités, maintenant, qui peuvent bénéficier du service? Est-ce qu'il y a des choses qui sont faites ou des échéanciers à venir, constatant que c'est fait dans le but de faciliter la tâche des médecins et des... omnipraticiens et spécialistes?

• (19 h 40) •

M. Barrette : Alors, ça, M. le Président, je suis content que notre collègue nous en parle parce que ça, c'est unique au Canada. Il n'y a personne d'autre qui a ça, là, au Canada. Nous avons mis en place le CRDS, qui est un mécanisme d'accès prioritaire aux services spécialisés, par le centre de distribution, là, ce que... de la façon dont notre collègue l'a présenté. C'est un lien qui... Je vais revenir en arrière un instant.

Partout dans le monde, dans tous les sondages, dans toutes les enquêtes, on détermine comme problème non pas unique, mais comme problème significatif la difficulté de faire l'arrimage entre la première ligne et les médecines spécialisées, partout. Au Canada, c'est une problématique qui est pancanadienne. Alors, nous avons choisi, et on l'a choisi littéralement, de forcer la situation, et c'est exactement ça qu'on est en train de faire, de mettre en place une mécanique qui garantit, pour les cas urgents et semi-urgents, un canal fluide d'accès à des plages de rendez-vous chez le spécialiste, après avoir été vu chez le médecin de famille, lequel, le médecin de famille, aura conclu qu'il y a lieu d'avoir une consultation, consultations chez le spécialiste qui sont classifiées en cinq catégories : moins de trois jours, trois à 10 jours, 10 à 21, trois mois et plus de trois mois.

On a mis ça en place au début, M. le Président, évidemment, sur tout le territoire du Québec. Sur tout le territoire du Québec, il y a des CRDS, qui sont des centres de coordination, à toutes fins utiles, des guichets qui reçoivent les demandes des médecins de famille. Ces demandes-là sont relayées à des spécialistes qui ont accepté de rendre disponibles des plages pour consultation dans leurs spécialités respectives. Nous l'avons fait, au début, pour neuf spécialités. Ça fonctionne bien, pas parfaitement, il n'y a rien de parfait dans la vie, mais ça fonctionne bien.

Et aujourd'hui, comme on a atteint un peu une vitesse de croisière et qu'on est dans un mode de peaufinement pour ces premières spécialités là, maintenant, on est en train de mettre en place le déploiement de sept autres spécialités. Et, évidemment, les spécialités qui sont choisies sont celles les plus consommées dans l'arrimage entre la première ligne et les médecines spécialisées. On estime qu'en septembre ce sera opérationnel. Donc, en septembre, il y aura 16 spécialités sur 35... Il y en a plus que 35, mais, classiquement, il y en a 35, là. Plus de la moitié seront sur le CRDS. Et ça, c'est très important, M. le Président, parce que, dans les 35 spécialités, il y en a, on n'aura jamais de CRDS, là. On n'a pas besoin d'avoir une consultation du médecin de famille au spécialiste en pathologie, par exemple, en génétique, et ainsi de suite.

Alors, on aura comblé presque la totalité des cas de figure dans la prochaine année. Ça, c'est un succès. Et, quand on fait une réforme qui vise la fluidité, qui vise à faire en sorte que le patient n'ait pas à aller à gauche et à droite cogner à la porte parce qu'il a besoin d'un service sur la prescription d'un premier intervenant qui est le médecin de famille, par exemple... Bien, c'est ça, la réforme. La réforme, c'est ça aussi. Alors, il n'y a pas de nouvelles mesures à prendre, comme je l'ai déjà dit, les mesures à être décidées et mettre en place le sont, il n'y a pas d'autres décisions à prendre, mais il y a un complètement... du déploiement à faire dans ce secteur-là, et c'est ce que nous sommes en train de faire actuellement.

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

M. Paradis (Lévis) : Oui. Merci pour la réponse. Neuf au départ, 16 en septembre, bonne nouvelle en soi, 13 restantes, toutes ne demanderont pas le CRDS. Mais est-ce que le ministre se donne un échéancier pour aller chercher la totalité des spécialités qu'il juge être susceptibles de bien se servir du CRDS? Est-ce qu'il y a un échéancier pour atteindre le maximum de spécialités?

M. Barrette : La réponse est simple, c'est janvier 2019.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, les dirigeants de la coop de santé de Sainte-Brigitte-de-Laval se battent également pour leur survie. Il faut comprendre que, là-bas, il y a 7 300 habitants, une population qui a augmenté de 92 % depuis 10 ans. Selon un sondage effectué par les dirigeants de la coopérative de santé, 40 % de la population de Sainte-Brigitte-de-Laval n'a pas de médecin de famille. Alors, depuis son ouverture — c'est très récent, janvier 2017 — le centre de santé de Sainte-Brigitte-de-Laval tente d'attirer un médecin de famille pour travailler avec les trois infirmières et autres professionnels de la santé, mais est incapable d'y arriver.

Évidemment, il y a des contraintes bureaucratiques. Le centre de santé ne peut pas recruter un médecin nouveau facturant ni non plus obtenir une superinfirmière payée par la RAMQ parce que la coopérative sans but lucratif n'est pas reconnue comme une installation du réseau de la santé comme un CLSC ou un GMF. Reste que l'arrivée d'au moins un nouveau médecin facturant ou une IPS, qui pourrait répondre en grande majorité aux besoins de la population, serait bienvenue. Et on nous dit, en tout cas, dans ces efforts au nom de la population, des gens qui, pour l'instant, sont obligés d'aller consulter ailleurs dans les sans rendez-vous ou dans les urgences, que des médecins nouveaux facturants seraient prêts, se montreraient intéressés à travailler à la coopérative de santé de Saint-Brigitte-de-Laval.

Alors, la question est simple : Est-ce que le ministre, dans ce dossier... je sais qu'il le connaît, il a été porté à son attention à quelques reprises, a-t-il l'intention ou songe-t-il à accorder une dérogation pour recruter un médecin nouveau facturant ou encore de permettre à la coopérative de santé de pouvoir recruter une infirmière praticienne spécialisée qui répondrait également à ces besoins?

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

M. Barrette : On peut se questionner, M. le Président, si c'est le lieu, et le temps, et le moment aujourd'hui pour être le porte-parole d'une situation qui est un enjeu local qui doit se traiter au terme de négociations. Alors, à la question que le collègue me pose, je vais non pas éviter d'y répondre, mais simplement l'informer que cette question-là, ce sujet-là, qui est celui nominatif de la coop à Sainte-Brigitte-de-Laval, au moment où on se parle, on s'y adresse, mais on ne peut pas s'y adresser seuls. Ça passe par une négociation avec la FMOQ et l'application de nos règles à l'intérieur des limites que la loi nous impose.

Alors, je le répète, je l'ai dit à plusieurs reprises, dans cette étude de crédits, je n'ai pas le pouvoir d'amener quelqu'un de façon coercitive à une adresse donnée, donc, à une clinique spécifiquement. J'ai le pouvoir de restreindre des choix qui vont peut-être faire en sorte qu'une personne arrivera là. Il y a d'autres moyens que je suis en train d'envisager actuellement, que je ne révélerai pas ce soir, qui sont l'objet d'une négociation avec la FMOQ. Mais je peux dire par contre qu'au moment où on se parle des démarches significatives sont en cours pour amener au moins un médecin à cette clinique-là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député, 3 min 30 s.

M. Paradis (Lévis) : Oui, M. le Président. Bien, en fait, hein, la clinique demande... et la clinique, par le biais de ses dirigeants, nous dit être en mesure... et connaître des médecins nouveaux facturants prêt à travailler là-bas et sont prêts à les recruter elle-même. Mais encore faudrait-il une dérogation et, pour le moins, et là je pense que c'est dans les possibilités du ministre, de faire en sorte qu'on puisse recruter une IPS... qui, je le rappelle, ne peut pas en recruter une payée par la RAMQ parce que c'est une coopérative sans but lucratif qui n'est pas reconnue comme une installation du réseau. Mais une IPS, infirmière praticienne spécialisée, dans ce dossier-là, pourrait permettre d'aller chercher et de répondre à 90 % des besoins. Est-ce que ça, c'est une action que le ministre peut poser, à ce chapitre-là, permettre une dérogation puis recruter une IPS dans un secteur qui, en tout cas, en a bien besoin, à travers les chiffres qu'on nous présente?

M. Barrette : Je pense, M. le Président, que, dans la situation que notre collègue décrit, il y a plusieurs options qui sont possibles. Et je répète, nous sommes actuellement en négociation, en démarche pour avoir une solution, et j'ai bien confiance que nous allons avoir une solution. Je ne peux pas, aujourd'hui, aller plus loin.

Le Président (M. Merlini) : M. le député, il vous reste deux minutes.

M. Paradis (Lévis) : Évidemment, le ministre dira que je suis insistant, mais, dans ces options potentielles, il se dirige vers la possibilité d'aller chercher une IPS ou de travailler au niveau d'un nouveau médecin facturant? Est-ce que le dossier de l'IPS ou la possibilité de recruter une IPS payée par la RAMQ fait partie des options envisagées par le ministre dans une solution, me dit-il, dans un avenir assez rapproché?

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

M. Barrette : Je n'ai pas de problème avec ce que le collègue soit insistant. Je vais insister pour donner ma réponse. Mais maintenant je vais simplement informer mon collègue et tout le monde qui nous écoute que le recrutement d'une IPS, c'est libre à n'importe quel médecin. Il n'y a absolument rien qui empêche un médecin de travailler avec une IPS en partenariat, il n'y a rien qui empêche ça, vraiment. Y en a-t-il de disponibles? Ça, c'est une autre question.

L'enjeu de cette clinique-là est un enjeu de ressources disponibles et d'affectation des ressources, pour celles que nous avons, nous, à affecter. On n'a pas de plan d'effectifs, par exemple, de dispositions qui sont du même ordre que l'on a avec les médecins pour les IPS. Il y en a d'un autre ordre, ce sont des options qui sont possibles. Aujourd'hui, pour ce qui est du travail collaboratif avec une infirmière praticienne spécialisée, ça commence quand même, comme dans tous les cas, avec la volonté de médecins, au singulier ou au pluriel, de vouloir en recruter.

Alors, mettons qu'aujourd'hui, M. le Président, encore une fois, nous sommes à l'étude des crédits, on parle d'un enjeu de négociation local qui doit se traiter à d'autres tables. Et ce n'est pas parce que je ne veux pas y répondre, c'est parce que je ne ferai pas, aux crédits, une négociation qui est en cours à l'endroit et au moment approprié qui est la table de négociation.

Le Président (M. Merlini) : Merci. 15 secondes, M. le député.

M. Paradis (Lévis) : Alors, je rappelle que l'option potentielle, c'est aussi de permettre à la coop de pouvoir obtenir les services d'une superinfirmière payée par la RAMQ. Ce qu'elle n'est pas capable de faire. Ce n'est pas tant d'aller chercher la superinfirmière, c'est qu'elle puisse être payée par la RAMQ, ce que la coop de santé ne peut pas faire, parce qu'elle n'est pas reconnue...

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Lévis. Merci beaucoup. Ça met un terme à ce bloc d'échange. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un bloc d'échange de 15 minutes. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie : Merci.

M. Barrette : ...

M. Chevarie : Oui, oui.

M. Barrette : Le collègue de Lévis, M. le Président, m'étonne beaucoup, parce que nous n'avons jamais, jamais, jamais eu de demande d'IPS de la coop à laquelle il fait référence. Alors, je retourne la parole à mon collègue de...

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

• (19 h 50) •

M. Chevarie : Merci. Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème du processus d'évaluation des médicaments, M. le Président, mais je vais l'aborder de façon assez générale, mais de façon également à permettre à l'ensemble des auditeurs de cette commission de bien comprendre c'est quoi, la trajectoire d'un médicament jusqu'à l'ordonnance du médecin traitant. Et je vais impliquer, si le ministre en juge la pertinence, un représentant de l'INESSS qui pourrait également parler du rôle de l'INESSS dans ce processus d'évaluation du médicament. Et je sais qu'on l'avait abordé, un peu plus tôt, en cette commission, au cours de... au début de la journée, mais, comme je le mentionnais en préambule, j'aimerais qu'on aille un peu plus large puis avec un peu plus de détails par rapport au processus d'évaluation et particulièrement le rôle de l'INESSS dans ce processus-là.

Et je ne ferai pas un long préambule à ma question parce que j'ai plusieurs sous-questions qui pourraient arriver en cours d'échange, mais j'aimerais dans un premier temps, pour le bénéfice de nos téléspectateurs, que le ministre nous parle du rôle de l'INESSS, quand est-ce que ça a été mis en place et c'est quoi, sa principale mission.

M. Barrette : Alors, M. le Président...

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

M. Barrette : Oui, merci, M. le Président. La date de création de l'INESSS est en 2011. M. le Président, juste pour mettre les choses en perspective, au Québec, depuis la fin des années 90, nous avons des organismes paragouvernementaux qui faisaient un certain nombre d'analyses. On avait, entre autres, le Conseil du médicament qui faisait des analyses de pertinence d'inscrire à nos formulaires, donc, couvrir des médicaments. Nous avons l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, l'AETMIS, qui faisait de l'évaluation technologique, déterminer s'il était pertinent de dépenser des millions de dollars pour implanter une nouvelle technologie. Et à la fin, au milieu... c'est-à-dire à la fin des années 2000, début des années 2010, il a été proposé de joindre toutes ces fonctions-là dans une organisation qui s'appelle l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux et d'élargir son mandat. Et c'est ce qui existe aujourd'hui.

Cette organisation-là se veut indépendante et a un rôle conseil auprès du gouvernement. Et, comme c'est un rôle qui est indépendant, s'il y a consentement, je permettrais à son P.D.G., à son directeur, Dr Luc Boileau, qui est ici avec nous, d'entrer dans le détail. Ils sont indépendants. Leur travail au quotidien, il est séparé de l'influence ministérielle, je dirais. Il y en a une quand même, on peut donner des mandats, mais on veut, et on souhaite... Et c'est le cas, en tout cas, dans ce mandat-ci, ça a été ça à chaque fois, ils ont une dépendance, ils ont un mode opérationnel, ils ont un budget, ils ont une loi. Et à ce moment-là, s'il y a consentement, je laisserais, pour le bénéfice du collègue et de tous les collègues, au Dr Boileau de faire le point sur l'INESSS et son mode de fonctionnement dans différents secteurs.

Le Président (M. Merlini) : Est-ce que j'ai consentement pour permettre au Dr Boileau de s'adresser à la commission?

Des voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Consentement. Alors, Dr Boileau, si vous voulez vous identifier pour les bienfaits de l'enregistrement.

M. Boileau (Luc) : Luc Boileau, P.D.G. de l'INESSS. Alors, d'abord, merci beaucoup, M. le ministre. Alors, dans la continuité de la réponse qui était donnée, au premier plan, ça a été dit, l'INESSS est une organisation gouvernementale indépendante, attachée, bien sûr, au ministre et au ministère de la Santé et des Services sociaux, mais qui a sa propre gouvernance et qui reçoit ses mandats, la majorité du temps, à partir du ministère ou du ministre plus spécifiquement. Les mandats sont assez larges parce que la mission de l'INESSS, c'est la promotion de l'excellence clinique, que ce soit dans le domaine de la santé ou des services sociaux.

Et, de façon plus spécifique, l'INESSS évalue les différentes technologies, qu'elles soient des médicaments, comme ça a été demandé, ou des autres types de technologie pour en évaluer l'efficacité, la valeur réellement ajoutée, les coûts et les moyens les plus probables d'utilisation, et aussi de donner des recommandations sur les meilleures pratiques dans le domaine, je me répète, de la santé, donc très clinique, ou des services sociaux, où il y a plusieurs autres dimensions qui sont en relief, et de promouvoir aussi des guides de pratique, s'il y a lieu, pour encourager les cliniciens à utiliser les ressources de façons les plus efficaces mais efficaces aussi.

En relief avec la question sur les médicaments, l'INESSS a une contribution très attendue de ce côté-là, puisqu'en effet nous sommes mandatés par la loi et par le cheminement des questions autour du médicament. Antérieurement, c'était le Conseil du médicament, ça a été dit; maintenant, depuis quelques années, c'est l'INESSS qui fait ça.

Donc, de par sa loi, l'INESSS reçoit toutes les demandes d'inscription des médicaments sur les listes de remboursement ou encore pour les médicaments qui sont utilisés dans les milieux hospitaliers ou, en tout cas, dans nos établissements. Et, pour ce faire, bien sûr, l'entreprise ou les industries qui viennent à nos portes déposent... ou enfin, maintenant, nous rencontrons quelques semaines avant pour aviser qu'ils vont déposer un médicament novateur, donc, un nouveau médicament qui a reçu, idéalement, son homologation, donc sa permission d'être utilisé, à travers le Canada, par Santé Canada.

À l'occasion, il peut arriver que l'entreprise n'a pas encore reçu cette homologation-là, et on est capables, dans des considérations particulières, un médicament de haute importance qui peut changer la vie de plusieurs personnes, notamment, de pouvoir l'étudier avant même qu'il y ait l'homologation. On vient d'en faire, dans les six derniers mois, à peu près 25 médicaments comme ça qu'on reçoit avant même qu'il y ait l'homologation de Santé Canada, et l'INESSS procède à leur évaluation avant de soumettre ses recommandations au ministre.

Quand on fait nos évaluations sur les médicaments, on le fait d'une façon maintenant qui est en continu. L'année passée, il y a à peu près un an — en fait, c'était le 5 mai, donc dans quelque quatre jours, là, il y a un an — le ministre, en compagnie de la ministre Mme Anglade, avait annoncé la stratégie nationale des sciences de la vie, qui nous ont amenés, à l'INESSS, à changer notre mode de fonctionnement. Avant, on faisait des évaluations de médicaments et on livrait, à trois grandes occasions par années, nos recommandations autour de celles-ci. Mais la demande qui nous avait été faite était de nous mettre en mode continu pour favoriser une intégration plus rapide ou une évaluation, en fait, plus rapide des médicaments novateurs pour faire en sorte que, s'il y avait un bénéfice réel, qu'on puisse l'avoir le plus rapidement possible au bénéfice des citoyens.

Alors, depuis près de six mois maintenant, on est en mode continu, on a changé notre façon de faire de ce côté-là. Mais la loi qui encadre l'évaluation des médicaments, elle, n'a pas changé. Alors, lorsqu'on reçoit un produit ou un avis... une demande, plutôt, d'inscription ou d'évaluation pour l'inscription — là, je me répète un peu — nous ont amenés, et c'est la loi qui nous le prescrit, d'abord étudier sa valeur thérapeutique, de voir : Y a-t-il véritablement un bénéfice avec ce médicament-là? Est-ce qu'on améliore le sort des patients avec ça?

Et, de ce côté-là, bien, bien sûr, ça demande des études les mieux documentées possible. Il y a différents types d'études que l'entreprise nous fournit, on essaie d'avoir les plus solides possible, et on mixe ça, ces études-là qui nous sont données, avec aussi ce que les patients en pensent. Alors, les patients ont une opportunité, pendant quelque six, sept semaines, en fait, pour témoigner et rendre compte de leurs attentes ou de leurs expériences avec les médicaments. Parce que ce sont des fois des médicaments qui ont déjà été utilisés, même si c'est un novateur, mais sur une base expérientielle ou même dans des recherches. Donc, ils témoignent de ce qu'ils pensent et ce qu'ils veulent, autour de ces médicaments-là, et aussi l'expérience clinique, puisqu'on a l'opportunité d'accueillir des cliniciens expérimentés avec ces problèmes de santé là ou les médicaments eux-mêmes, s'il y a lieu, et qui viennent nous partager leur expérience.

Et, à partir de ça, il y a une délibération, il y a des travaux qui sont faits pour évaluer comme il faut la valeur thérapeutique. C'est la première chose à faire. Et ceci n'est pas fait uniquement par les gens de l'INESSS, donc, les équipes de l'INESSS, mais cette délibération-là scientifique, elle est faite avec un comité national d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription. Et ce comité, qui est prescrit par le cadre légal, est composé de cliniciens, de médecins, de pharmaciens, également d'économistes, d'éthiciens et de représentants citoyens.

Donc, on a, à l'intérieur d'une même plateforme délibérative, des compétences variées pour porter un jugement sur la valeur thérapeutique. Mais là n'est pas le seul critère. C'est le premier. Et, si on traverse cette valeur thérapeutique là, si on pense qu'il y en a une réellement, à ce moment-là, on fait une autre... quelques autres critères, notamment le deuxième, à savoir, la justesse du prix : Est-ce que le prix de ce médicament, comparé à d'autres médicaments qui touchent la même maladie, est relativement... a du bon sens? Là, si c'est complètement écarté, là... C'est un critère important. On regarde également l'efficacité du médicament en fonction de son coût, donc des paramètres de coût-efficacité, pour voir combien ça coûte pour améliorer la santé d'une personne en termes de coût ou d'équivalent de... nous, on appelle ça des années de vie en bonne santé, là, des QALY. Et donc on est capables d'estimer le coût relatif pour l'amélioration de la santé.

• (20 heures) •

L'autre dimension, c'est l'impact sur l'organisation du système de santé et même l'impact sur la santé de la population. Alors, si, par exemple, un médicament, avant, commandait une intervention dans un milieu hospitalier, à faire différentes manœuvres puis des systèmes d'injection, etc., pour un médicament, mais qu'on a un novateur qui peut se prendre à domicile avec des capsules, par la bouche, ça vient de changer des paramètres d'organisation de services, et c'est bénéfique, c'est bénéfique pour le patient et pour l'organisation du système également.

Son impact sur la santé des populations. Un médicament peut avoir un impact sur la personne, bien sûr, mais sur la population. Prenez l'exemple de l'hépatite C. Lorsqu'on traite une personne qui a une charge d'hépatite C et qu'on la guérit, qu'on enlève l'hépatite C, le risque de contamination tombe à zéro. Donc, il y a un impact sur la santé de la population.

Et enfin l'autre variable qui est importante, c'est : Est-ce que c'est contenu à l'intérieur des objectifs du régime public? Est-ce que ça fait partie des mandats du régime? Est-ce que c'est une décision juste et raisonnable de l'inscrire, ce médicament-là, dans le régime?

Alors, ça, c'est ce que nous faisons. Par la suite, on fait nos recommandations au ministre. Et le ministre dispose de ces recommandations, peut aller, s'il y a lieu, négocier un médicament, son prix, avec les équipes du ministère et la complexité... avec les autres provinces canadiennes. Mais là l'INESSS aura terminé, à ce moment-là, ses travaux. Donc, l'INESSS se limite à donner... bien, c'est déjà beaucoup, là, mais se limite à faire les recommandations autour des médicaments. Mais la suite à donner, c'est dans un autre cheminement.

Donc, ça, c'est pour les médicaments. Si vous me parlez... Pardon, je vais arrêter.

Le Président (M. Merlini) : Oui. M. le député des Îles. Il reste 2 min 20 s.

M. Chevarie : ...pour compléter. Quand vous parlez de recommandations au ministre, est-ce que c'est ce qu'on appelle l'avis de conformité?

M. Boileau (Luc) : M. le Président, l'avis de conformité, ça vient de Santé Canada. Donc, ce sont les équipes fédérales au niveau de Santé Canada qui étudient l'innocuité et l'efficacité relatives d'un médicament, là, pour le mettre accessible sur le marché canadien. Ce que l'INESSS fait pour la population québécoise, c'est d'estimer... Bon, il n'est peut-être pas dangereux si utilisé dans telle ou telle indication, mais il a-tu une vraie valeur? Est-ce qu'on améliore réellement? Combien ça coûte, améliorer pour cette valeur-là ou pour améliorer la santé? C'est-à-dire juste, raisonnable, équitable? Ça a-tu du bon sens, en gros? Et ça, on fait nos recommandations pour que le ministre puisse, avec ses équipes, négocier avec les entreprises autour de ça.

Et, quand il s'agit de maladies rares, parce que vous posez la question, bien, bien sûr, à ce moment-là, la délibération est complexe parce qu'il y a des incertitudes qui arrivent. Les maladies rares ne permettent pas toujours de grandes études. Des fois, il y a peu de cas. Alors, il faut travailler avec les données qu'on a puis essayer de porter le jugement le plus approprié possible, qui est totalement, dans l'exercice que nous vivons à l'INESSS, indépendamment d'une influence de qui que ce soit. On le fait scientifiquement. On le remet au ministre. Et, à partir de là, le cheminement du dossier se poursuit ou s'éteint là. Mais normalement, s'il y a une valeur thérapeutique, bien sûr, c'est l'INESSS qui l'estime et qui la confie dans ses recommandations au ministre, recommandations, d'ailleurs, qui sont toujours publiques.

Le Président (M. Merlini) : 40 secondes, M. le député.

M. Chevarie : 40 secondes? Rapidement, par rapport aux autres provinces, est-ce que le Québec, dans le registre de l'ensemble des médicaments qui sont disponibles pour les omnipraticiens ou les médecins spécialistes, se compare avantageusement ou c'est à peu près pareil?

M. Boileau (Luc) : Bon, c'est sûr que, si vous posez la question comme ça, je vais vous dire que l'INESSS est bien meilleur que les autres. Ça, c'est très connu. Mais, une fois cela dit, je taquine un peu, mais je pense qu'on a une organisation qui est capable de livrer la marchandise d'une façon très solide pour la situation québécoise. Et nous nous comparons très correctement avec les autres organisations nationales, notamment...

Le Président (M. Merlini) : Merci. Ça termine ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons du côté de l'opposition officielle pour un bloc de 19 minutes. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, c'est intéressant que le président de l'INESSS soit là parce que mon prochain sujet va traiter d'un sous-groupe de patients, ceux qui sont atteints de lymphoedème. Et donc ce sont des gens qui... Souvent, il y a des enfants qui sont atteints de ça. Et les gens vont aussi reconnaître très souvent des femmes qui ont été victimes d'un cancer du sein, et donc il y a une atteinte au niveau des ganglions lymphatiques qui crée un oedème, une enflure. Donc, les gens sont reconnaissables parce qu'ils ont vraiment un oedème important au niveau des bras, souvent au niveau des membres. Ils sont tenus, ces gens-là, les enfants, à cause de certaines conditions pathologiques aussi, de malformations, entre autres, au niveau du système lymphatique, de porter des vêtements de compression.

Et donc je voudrais savoir... Ce qu'on me dit, c'est que ça fait très longtemps qu'il y a eu une réévaluation de ce que le gouvernement reconnaît comme vêtements. Alors, on sait que les enfants, par exemple, grandissent rapidement et peuvent se salir plus facilement. Alors, il y a toutes sortes de contraintes. Est-ce que le ministre est ouvert à confier à l'INESSS un mandat pour réévaluer le soutien qui est apporté aux patients, jeunes et moins jeunes, qui sont atteints de lymphoedème?

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

M. Barrette : Je suis un peu surpris de la question, M. le Président, pas du sujet, mais de la proposition de passer par l'INESSS pour prendre une décision sur cet élément-là, alors que j'ai l'impression que notre collègue m'interroge sur la couverture ou la hauteur de la couverture d'aides techniques. On va les appeler comme ça, là. C'est comme ça qu'on les appelle dans notre jargon. Est-ce que c'est vers ça que la collègue veut aller ou est-ce que c'est plus large?

Mme Lamarre : Bien, en fait, je pense qu'il y a des dimensions différentes. Il y a des patients, il y a de jeunes patients, en fait, pour lesquels les besoins sont peut-être particuliers et où il y aurait vraiment besoin d'une analyse plus complète. Donc, ce n'est pas juste une indexation, par exemple, du vêtement compressif, mais c'est peut-être le nombre, l'utilité, la façon dont les traitements vont être... donc des soins pédiatriques, par exemple en physiothérapie, pour ces jeunes-là. Alors, il y a différentes dimensions qui s'imposent et non pas seulement les vêtements compressifs. Mais évidemment que, dans l'ensemble de l'évaluation, pour une grande partie des gens qui sont atteints de lymphoedème, le fait du remboursement des vêtements est un enjeu, mais pas exclusivement. C'est pour ça que je demande que ça passe par l'INESSS, puisque l'INESSS a la mission, comme on vient de le voir, d'évaluer aussi la pertinence des fournitures médicales, et donc de les comparer avec des standards et non pas seulement des indexations ou des augmentations d'utilisation.

M. Barrette : M. le Président, écoutez, périodiquement, dans tous ces secteurs-là, nous revoyons et nous sommes toujours ouverts à revoir certaines façons de faire. Maintenant, j'apporterai un bémol, qui n'est pas vraiment un bémol, qui n'est certainement pas un bémol politique, là, ni clinique. Je suis surpris de la question, maintenant que je comprends bien la question, parce que le milieu ne m'a jamais abordé, dans ce mandat-ci, sous cet angle-là. Je n'ai pas eu de communication formelle ou informelle du milieu ou de qui que ce soit d'autre remettant en cause les indications de pourvoir publiquement l'accès à des vêtements compressifs ou autres dispositifs qui aident cette clientèle-là, qui, effectivement, comme la collègue l'a mentionné, posent des problèmes physiques significatifs. Alors, je suis tout à fait ouvert, mais je suis étonné. Je dis ça positivement, là. Je n'ai juste pas eu de demande à cet effet-là, mais peut-être que j'ai eu des demandes qui ont été acheminées au ministère. Ça ne s'est pas rendu à moi. Comme la collègue semble peut-être avoir des informations à l'effet qu'il y a eu des documents qui ont été acheminés chez moi, en sortant des crédits... Bien, pas ce soir, là, on comprendra, là, puis peut-être que la réponse est dans la salle, mais je vais m'enquérir de la chose et je suis tout à fait ouvert à revoir ça s'il y a lieu.

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

Mme Lamarre : Merci. Alors, ça répond à ma question. Je pense que l'Association québécoise du lymphoedème réclame, entre autres, des modifications pour surtout les jeunes en particulier, mais également pour l'ensemble des patients qui sont atteints de cette anomalie, de cette difficulté-là.

Deuxième élément, M. le Président, le regroupement des services spécialisés en pédiatrie à l'Hôpital Pierre-Boucher. Le 1er mars, l'émission *Enquête*, par sa journaliste, Madeleine Roy, démontrait qu'il y avait eu un avis qui avait été signé à l'effet qu'on devait lancer ce regroupement des services spécialisés à l'Hôpital Pierre-Boucher pour la Montérégie. Le ministre avait évoqué que la lettre avait été perdue par une secrétaire. C'était le 1er mars. On est au 1er mai. Est-ce que le ministre peut dire quand le regroupement à l'Hôpital Pierre-Boucher a été débuté puisque déjà il y avait un retard d'un an par rapport aux lettres qui avaient été signées?

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

• (20 h 10) •

M. Barrette : M. le Président, je vais être clair, net, précis. Je ne répondrai à aucune question, certainement pas de la collègue, sur un sujet pour lequel, ce soir, elle est en conflit d'intérêts, là. Notre collègue a déposé une demande d'enquête au Commissaire à l'éthique du gouvernement du Québec sur ce sujet-là. Pensez-vous vraiment qu'il est approprié ce soir d'avoir cette conversation-là, alors que l'enquête n'est pas terminée et les conclusions n'ont pas été exprimées? Ça m'apparaît tout à fait inapproprié sur le plan éthique, pour un parlementaire dépositaire d'une plainte, de venir aux crédits et de me questionner là-dessus.

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

Mme Lamarre : M. le Président, le ministre, le 1er mars, a évoqué le fait... Il n'a pas remis en question sa décision. Il a simplement, donc, évoqué la partie de l'année qui s'était écoulée. Moi, je dis : À partir du moment où, le 1er mars, cette décision-là n'a pas été remise en question, je demande le suivi pour la population de l'hôpital qui habite en Montérégie près, de l'Hôpital Pierre-Boucher, en Montérégie au complet, qui a besoin d'avoir des services spécialisés en pédiatrie. Alors, je ne retouche pas sur la partie qui est critiquable et contestée actuellement, la partie entre le 1er février 2017 et 1er mars 2018. Je demande juste au ministre qu'est-ce qui a été fait depuis le 1er mars pour activer ce dossier, pour le rendre... dans le fond, le réaliser.

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

M. Barrette : Même réponse.

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

Mme Lamarre : Donc, maintenant, j'aimerais aborder la notion des approvisionnements médicaux parce que, dans le projet de loi n° 130, on a parlé d'achats regroupés. On a également amené un amendement qui vise à faire en sorte qu'on essaie de trouver non plus seulement le plus bas prix, mais à tenir compte de l'innovation. C'est-à-dire, est-ce que, dans d'autres... Par exemple, les exemples qui nous sont donnés, on peut avoir négocié le meilleur prix pour un pansement donné. Mais, s'il existe un nouveau pansement qui, lui, est bon pour sept jours au lieu de devoir être changé aux deux jours, il y a quelque chose d'innovant là-dessus. On parle de sutures spéciales qui permettent, dans le fond, de diminuer les durées d'hospitalisation. Est-ce que le ministre a déjà envisagé, là, à implanter des approvisionnements fondés sur la valeur dans le réseau? Est-ce qu'il peut nous donner des exemples?

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

M. Barrette : Des exemples? La collègue me demande de donner des exemples sur la valeur?

Mme Lamarre : ...avez donné des directives dans ce sens-là pour qu'on puisse, au niveau des achats, ne plus tenir compte que du prix le plus bas, mais bien de tenir compte des innovations aussi?

M. Barrette : M. le Président, dans nos achats regroupés, pour lesquels on a développé, au Québec, une expertise sans égale au Canada, nous sommes, comme pour le médicament, les plus, je dirais, agressifs en termes de négociation. Nous sommes les plus développés, en termes d'étendue de fournitures médicales de toute catégorie, en achats regroupés. Et, dans tous les cas où c'est applicable, ce n'est jamais, jamais exclusivement le prix le plus bas qui est le facteur. Ce n'est pas ça. Lorsqu'un élément qualitatif, clinique est envisageable, il fait toujours partie de l'appel d'offres.

Et je vais vous donner deux exemples, M. le Président, un exemple simple de mon côté, et je vais reprendre l'exemple de la collègue pour un pansement. Nous allons, pour acheter ceci, prendre le plus bas soumissionnaire. Ça n'a aucun enjeu clinique. Nous allons faire un achat de groupe, de crayons, et il n'y a pas besoin d'avoir un facteur clinique.

Pour l'exemple que notre collègue a pris il y a quelques instants, il y a toujours un élément de valeur clinique. Un élément de valeur clinique, ça veut dire qu'on fait un appel d'offres structuré d'une façon normale pour ce qui est des caractéristiques que les fournisseurs doivent rencontrer pour être recevables. Mais il y a un pointage qui est appliqué sur une grille, un pointage qui prend en considération le prix, mais un pointage qui prend en considération la valeur clinique dite au sens large du terme. La valeur clinique, ça peut être une qualité d'image, ça peut être la qualité sur un moniteur, ça peut être des fonctionnalités sur un autre appareil.

Puis, si vous voulez qu'on n'aille pas vers la haute technologie, prenons la technologie plus simple. Une table d'opération, ça n'a l'air de rien, là. Mais une table d'opération, ça a des configurations qui font en sorte que, cliniquement, elle est mieux adaptée qu'un autre appareil, pour une autre compagnie, pour faire les chirurgies qu'on a à faire. La différence entre un crayon et un appareil...

Alors, il est possible, par cette mécanique-là, M. le Président, que le gagnant d'un appel d'offres ne soit pas le plus bas prix parce que sa valeur clinique, son pointage est tellement supérieur au voisin, même si le voisin, le compétiteur est moins cher, il se fait battre par la valeur clinique. Alors, aujourd'hui, on fait déjà ça. Il y a d'autres groupes dans l'industrie qui voudraient autre chose. Je vais y revenir pour l'équité dans le partage du temps. J'y reviendrai. Vous comprendrez là où je veux en venir exactement. Et ça répondra sans aucun doute, dans le détail, précisément, à la question que ma collègue va me poser à l'instant, j'en suis convaincu.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Mme la députée, 6 min 30 s.

Mme Lamarre : Alors, écoutez, le ministre a répondu de façon très large. Moi, je voulais juste savoir s'il avait donné des directives pour qu'on, clairement, n'oublie pas de... regarder pas juste la négociation d'un produit par rapport au même produit de la dernière fois puis avoir le meilleur prix, mais vraiment regarder de façon beaucoup plus systématique des innovations. Alors, c'était ça, ma question. Je vais passer à une autre question parce que le temps file.

Évidemment, lorsqu'on a fait l'étude du projet de loi n° 130, les gens qui sont venus au niveau de l'approvisionnement nous ont parlé du fait qu'ils étaient très mal à l'aise parce qu'au Québec... seul endroit où on demande des ristournes obligatoires à être versées par les fournisseurs. Et ces ristournes sont normalement censées travailler... aider à défrayer des projets ou des acquisitions nouvelles, des nouveaux éléments innovateurs, justement. Mais il semble y avoir une zone un peu obscure par rapport à comment cet argent est utilisé. Il n'y a pas la rétroaction, actuellement, qui est redonnée ni à ces fournisseurs ni de façon publique.

Alors, est-ce que le ministre peut nous déposer la liste des projets ou des acquisitions qui ont été réalisés grâce aux ristournes obligatoires? C'est quand même 12 % qui sont versés par les fournisseurs pour plusieurs catégories de produits achetés. C'est, dans certains cas, des montants très substantiels. Donc, ce 12 %, on aimerait tous savoir à quel projet concret il a été appliqué.

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

M. Barrette : Alors, je pense que, là, M. le Président, il faut faire un petit peu d'historique, là. Il y a des secteurs cliniques qui, historiquement... Et ce n'est pas égal, là. Il faut comprendre d'où ça vient, ce que l'on a fait comme loi,

là. Il y a des secteurs qui, historiquement, ont toujours été extrêmement dépendants d'ententes avec certaines compagnies pour diriger des sommes d'argent vers des activités de recherche. C'est le lot des hôpitaux universitaires. Ce n'est pas le lot d'un hôpital communautaire, mais c'est le lot des hôpitaux universitaires.

Quand on est arrivés avec les achats regroupés sur un... pas un modèle, mais, quand on a élargi de façon substantielle, sous notre gouvernement, l'étendue des fournitures médicales que nous avons assujetties à des achats de groupe, nous nous sommes attaqués aussi à ces secteurs-là. Et il y a eu beaucoup de résistance non pas au principe de l'achat regroupé pour avoir le meilleur équipement possible au meilleur prix possible, mais parce qu'on venait impacter des activités de recherche qui font, à bien des égards, la fierté et la réputation du Québec dans le monde académique.

Et je vais prendre comme exemple la cardiologie tertiaire dans nos grands hôpitaux cardiologiques du Québec. Alors, on a eu à prendre une décision à un moment donné d'arrêter ça complètement ou de permettre la continuation de ces montants-là, avec comme finalité de maintenir en place nos activités de recherche de pointe, où cet argent-là est utilisé, qui font en sorte que l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke sont connues sur la planète.

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

Mme Lamarre : ...le ministre a répété ce que j'ai dit. Je ne conteste pas ça. C'est connu. On en a parlé longuement au projet de loi n° 130. Ce que je demande, c'est : Est-ce qu'il peut déposer la liste des projets ou des acquisitions qui ont été réalisés avec ce 12 % de ristourne qui a été versé par les fabricants?

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

• (20 h 20) •

M. Barrette : C'est correct, M. le Président, mais je veux quand même... parce qu'il y a des gens qui nous écoutent et il y a des gens qui se disent, en écoutant la collègue de Taillon, qu'il y a là quelque chose de pas correct. Je pense que le monde doit comprendre, ceux qui nous écoutent, que c'est important et qu'il y a une histoire qui a fait cette importance-là. Pourquoi? Parce que les gens qui vont voir la députée de Taillon pour se plaindre de ça, qu'est-ce qu'ils veulent, ces gens-là? Ils veulent ne pas avoir à faire cette dépense-là. C'est une constante. En mathématique, on appelle ça une constante : $a + b + c$, $ax + by + c$. Le c , c'est une constante. La constante, elle est là pour tout le monde. Elle ne vient pas enfreindre la compétition entre les compagnies. Elle vient ajouter un prix à la compétition et au gagnant. C'est sûr que les gens qui vont voir la collègue pour qu'elle fasse cette intervention-là, et qu'elle fait, bien, eux autres, ce qu'ils veulent, c'est ne pas avoir à payer ça. C'est correct. Ils payaient avant, et là, aujourd'hui... Écoutez, M. le Président, là, ils payaient le double, le triple, le quadruple des montants avant. Là, ils saisissent une opportunité pour payer zéro. Qui gagne là-dedans? La compagnie. Qui perd là-dedans? Le milieu de la recherche québécois.

Et, pour répondre précisément à la question, non, je n'ai pas de registre. Je n'ai pas à avoir de registre parce que ces décisions-là sont locales, dans les hôpitaux universitaires, même qu'elles sont du bord de l'université, dans une certaine mesure. Mais, oui, il devrait y avoir une reddition de comptes, reddition pour laquelle je n'ai pas actuellement, et je n'en ai jamais eu, de document. Par contre, si on soulève le questionnement : Est-ce que les hôpitaux sont suffisamment transparents pour faire la reddition de comptes?, c'est oui. C'est-est compliqué d'avoir la reddition de comptes? C'est oui, mais elle existe.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Une minute, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Je suis surprise que le ministre ne soit pas intéressé à aller documenter cette information-là. Elle me semble pertinente à documenter.

Je vais passer à mon dernier thème, M. le Président, le Carnet santé. On a eu une audition du président-directeur général de la RAMQ devant la CAP et on a, ensemble, questionné... J'ai questionné le Carnet santé Québec dans sa possibilité de pouvoir ajouter une information sur le coût des services de santé reçus et payés par la RAMQ. On sait qu'il y a à peu près 20 % actuellement des gens qui, sur une base volontaire, ont adhéré au Carnet santé. Et il semble que ce serait quelque chose de facile à faire, d'ajouter une colonne avec le coût des examens qui ont été passés puisqu'il y a des résultats d'imagerie médicale, des résultats d'analyses de laboratoire et des médicaments. Pour moi, il y a un effet positif à ça, de deux dimensions, premièrement, sensibiliser la population au fait que les services qu'elle a reçus sont vraiment des services qui ont une valeur parce qu'actuellement les gens ont du mal à apprécier la valeur des services qu'ils reçoivent, et des soins, et des technologies dont ils bénéficient... et une conscience également plus générale des coûts.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Taillon. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons vers le dernier bloc de la soirée, qui appartient au gouvernement, pour un temps de 14 min 30 s. Il en reste à peu près 14 minutes. À qui ai-je l'honneur? M. le député de Vimont.

M. Rousselle : ...le temps à notre ministre. Je pense qu'il veut prendre parole, peut-être...

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, très brièvement.

M. Barrette : ...imparti à notre groupe parlementaire pour faire un peu le bilan. Mais je vais commencer par répondre à la question de ma collègue, la dernière.

Bon, c'est sûr que, dans ce mandat-ci, on a été très actifs pour améliorer le système de santé. Donc, il y a eu beaucoup d'annonces publiques. Il y a eu beaucoup de commentaires publics. Et je ne reprocherai pas à ma collègue de ne pas avoir suivi tout ce que l'on a fait parce qu'il y en a eu tellement. Mais, à plusieurs reprises, j'ai indiqué que ce qu'elle a mentionné dans sa question, on allait le faire. C'est déjà prévu. C'est déjà dans la planification de la programmation. Je parle de l'écriture des lignes de code. Cet élément-là va être là. Je l'ai dit à plusieurs reprises. Je pense même l'avoir mentionné dans cette période de 12 heures d'étude de crédits.

Alors, c'est déjà planifié et ça sera dans la phase II. Il y aura d'autres choses, dans la phase II du Carnet santé, qui exigent qu'on écrive des lignes de code. Et, M. le Président, pour pouvoir avoir cette donnée-là, bien, il faut que notre système, c'est-à-dire le déploiement de ce que le collègue de Mercier a évoqué dans ses questions, c'est-à-dire le système de gestion financière du réseau, soit déployé — il va l'être en 2019 — et que ce système-là soit lié, intégré à la gestion de la donnée clinique.

Alors, j'ai déjà tout dit ça dans le passé et je suis content de le répéter ce soir. Ce qui m'amène, M. le Président, à faire un peu un résumé non pas de la période d'étude de crédits, mais de bien camper le résultat de notre mandat, de ce que nous avons fait, à la santé, dans ce mandat-ci. Et, quand on regarde le... Écoutez, je vais référer à des numéros de questions qu'une des deux oppositions a mentionnées. Le collègue de Saint-Jean, tout à l'heure, posait la question n° 303. Bien, ça, à 303, là, ce n'est même pas le tiers des questions auxquelles on a eu à répondre. Et chacune des questions qui nous ont été posées traite d'un sujet où nous avons eu à faire et réaliser des avancées substantielles dans le système de santé.

Je ne reviendrai pas sur le détail de la loi n° 10 et de la loi n° 20. Je ne reviendrai pas sur le détail de ça. Par contre, M. le Président, je vais quand même dire ceci. La réforme que l'on a faite est une réforme de proximité. Et j'ai énuméré de façon nominative tous les endroits où on a mis de la dialyse au Québec, et c'était une réponse à des enjeux qui étaient très clairs de la part de la population. On l'a fait, ça. Mais il y a un grand tableau, comme on dit en anglais, il y a un «bigger picture». Et le grand tableau, qui est celui de la santé et des services sociaux, c'est de faire en sorte, et c'est ça que je vise, M. le Président, qu'on remette non pas simplement le système de santé à niveau de façon globale, mais que, de façon sectorielle, tout le monde soit essentiellement au même niveau de développement. Et, quand je dis de façon sectorielle, ça veut dire un réseau qui, historiquement, depuis les années 1970, a mis beaucoup d'emphasis sur la santé physique, en a mis beaucoup moins sur la santé mentale, beaucoup moins sur certains services sociaux, beaucoup moins sur le maintien à domicile. Par exemple, bien, à un moment donné, il y avait un geste à poser de cet ordre-là, et c'est ce que nous avons fait pendant notre mandat et que nous souhaitons faire dans un deuxième mandat du gouvernement actuel.

Alors, regardons-y d'un peu plus près. Quand on regarde la santé physique, est-ce qu'on a vraiment des problèmes de dispensation de services à l'hôpital? Un peu. Ce n'est pas parfait, mais c'est quand même assez extraordinaire, ce qu'on a, comme système de santé, au Québec. On a, par contre, un problème, un enjeu significatif d'infrastructures. Peu de gens réalisent que, statistiquement, d'ici 2030, il y aura, au Québec, 1 million de personnes de plus. C'est ça, la réalité. Ce million de personnes de plus là, il va être concentré essentiellement dans les grandes régions, d'où les annonces que l'on avait faites, l'annonce de la construction d'un hôpital à Vaudreuil-Soulanges, l'agrandissement de la Cité-de-la-Santé, pas simplement un agrandissement physique, mais aussi de capacité clinique, plus de lits, plus de possibilités d'investigation, plus de traitements, la mise à niveau de Maisonneuve-Rosemont. Maisonneuve-Rosemont, c'est une mise à niveau pas simplement physique. C'est aussi une augmentation de la capacité, pas simplement de la capacité de lits, mais aussi de recherche parce que la recherche, aujourd'hui, est rendue à un point où ça se traduit rapidement dans de nouveaux services très pointus.

Même chose à Québec. Pour Québec et l'Est du Québec, le nouveau centre hospitalier, bien, il fallait faire ça pour donner des services de qualité aujourd'hui. C'est fait. Mon collègue de Lévis va être bien d'accord qu'il fallait faire le centre de cancérologie à Lévis. C'était la dernière région qui n'avait pas cette infrastructure-là. Mon collègue de Rouyn-Noranda va dire la même chose pour la radiothérapie. Et mes collègues de toutes les régions, peu importe le parti, ne peuvent pas ne pas avoir vu tous les investissements ciblés que l'on a faits partout au Québec. Mon collègue de Maskinongé, bien, il a vu l'agrandissement de l'hôpital de Trois-Rivières. Bientôt, le collègue de Masson verra l'agrandissement de l'hôpital Le Gardeur. Pour faire ça, il fallait avoir une vision. Il fallait avoir la détermination de regarder le système sur chacun de ses angles problématiques, et, pour chaque angle problématique, poser des gestes.

J'ai parlé des infrastructures, qui, elles, conditionnent les services, la capacité et la qualité des services qu'on offre à la population. On a beaucoup agi sur ce secteur-là. Maintenant, M. le Président, il y a des secteurs où ils ont été plus... ils ont eu moins d'attention, je dirais, au fil du temps, et je parle de la santé mentale. Bien, santé mentale et maintien à domicile, j'ai dit, pendant ce mandat-ci, à plusieurs reprises à quel point il y avait une nécessité aujourd'hui, au début de l'accélération, la phase d'accélération du vieillissement de la population, à quel point il était nécessaire de porter une attention particulière pour ces secteurs.

• (20 h 30) •

Je remercie le Dr Delorme qui est venu nous faire une présentation de grand niveau sur les avancées que l'on a faites en santé mentale. La santé mentale, ce n'est pas juste du papier, ce sont des investissements réels : la mise en place d'équipes de traitement sur le terrain, des budgets uniformisés, populationnellement parlant, et en fonction des besoins plus spécifiques des régions partout au Québec, le déploiement, M. le Président, d'un programme de couverture ciblée de soins de psychothérapie. Ce sont des avancées qui ont été saluées au Canada parce que nous sommes là dans un mode d'innovation.

Et ça, c'est sans compter, M. le Président, parce que la santé mentale me permet de l'aborder par ricochet, la volonté que nous avons eue — et faite, on l'a exercée — de corriger les asymétries de financement, ce que l'on appelle, dans le jargon parlementaire, l'équité interrégionale. On a fait ça. Cette année, nous avons distribué, de façon asymétrique, un peu en parallèle du budget, une somme totale de 300 millions de dollars, dirigée vers les régions qui souffraient d'un sous-financement historique. Je parle essentiellement... Montérégie, les trois L, Laval, Lanaudière, les Laurentides, l'Outaouais. Il y avait une réalité qu'on a constatée, qu'on a corrigée. C'est corrigé, et ce n'est pas corrigé ponctuellement, M. le Président, c'est corrigé de façon permanente. C'est la base budgétaire qui a été ajustée sur tout le territoire du Québec.

Et, quand on va un peu plus profondément dans les problématiques qu'on a dans le réseau, bien, on a ciblé des actions. Alors, on a ciblé des gestes pour améliorer, M. le Président, l'accès aux plateaux d'investigation. On a investi, et ce sont des budgets récurrents, dans l'accès à la résonance magnétique, dans l'accès à la tomographie, dans l'accès aussi en endoscopie. Nous avons, par les projets pilotes de cliniques de chirurgie, fait en sorte qu'on a augmenté la capacité de production chirurgicale au Québec. Bien, et comme je l'ai dit dans mon commentaire, c'est 27 000 personnes. C'est beaucoup de monde, ça, M. le Président, 27 000 personnes de plus, année sur année, qui... S'il avait été seulement à l'hôpital, il aurait attendu, ce monde-là. Comme on a augmenté la capacité, on s'est donné la possibilité d'opérer 27 000 personnes de plus que l'on aurait fait normalement à l'hôpital. Ce n'est pas banal. Alors, encore un autre exemple des problématiques qui sont sectorielles, mais auxquelles il fallait s'adresser.

Regardons le système dans sa globalité. Il y a des gens qui vont dire : O.K., on va s'occuper de la santé mentale, mais on laisse tout le reste. Non. On a regardé, nous, dans notre mandat, les problèmes qu'il y avait, potentiels, à court et à long terme : problème d'infrastructures, on a agi, j'y ai fait référence; santé physique, on a agi, j'y ai fait référence; investigation, on a agi, j'y ai fait référence; secteurs qui sont moins développés, santé mentale, les démonstrations ont été clairement faites.

Il y a d'autres choses. Après ça, on est allés dans le maintien à domicile. On est en action. M. le Président, il faut quand même rappeler à la population qui nous écoute que nous nous étions engagés à investir 150 millions de dollars additionnels par année en maintien à domicile. Nous sommes rendus à 850 millions. Faites le calcul. Sur quatre ans et demi de mandat, nous avons dépassé notre engagement. Pour qui? Pour la population vieillissante qui veut rester à la maison le plus longtemps possible. C'est ça, la réalité. Et, cette année, qu'est-ce que nous avons fait? Évidemment, dans le 850 millions, nous avons investi la nouvelle tranche de transfert fédéral qui a été faite en santé, à hauteur de 100 millions, quasiment totalement en maintien à domicile. Il n'y a pas une seule province au Canada qui a réussi à faire ça, M. le Président. C'est ça, la réalité.

On a développé aussi des soins palliatifs à domicile, même l'aide médicale à mourir à domicile. Ça n'a pas encore pris son envol, M. le Président, mais on est en train de mettre en place les équipes nécessaires pour que, lorsque la demande se fera, on soit au rendez-vous. Les équipes de maintien à domicile, M. le Président, avec le 100 millions de dollars qu'on a, auquel j'ai fait référence, ou presque 100 millions de dollars actuellement, nous allons, cette année, dès cette année, M. le Président, mettre en place, dans tous les territoires de CLSC, les équipes multidisciplinaires nécessaires pour que les soins à domicile soient efficaces et au rendez-vous partout au Québec. Ça, c'est de la saine gestion, M. le Président.

Et je n'ai pas parlé des CHSLD. On en a parlé abondamment. Et ça aussi, ça a été un succès. Je rappelle que bientôt, dans deux semaines, 14 et 15 mai, nous aurons un nouveau forum, une deuxième édition du forum sur le maintien à domicile, où on fera part de ces avancées, encore une fois.

Alors, quand on regarde l'ampleur de tout ça, qu'est-ce qu'il manque? J'en ai parlé à plusieurs reprises. Ce qu'il nous manque, c'est de la transparence. Moi, M. le Président, je peux même prendre un engagement ici, là. Je vais m'engager à compléter la transformation du réseau en termes de gestion d'information à la fois clinique et à la fois financière pour pouvoir faire en sorte que, normalement, dans un prochain mandat, il n'y ait plus de difficulté à avoir accès à un certain nombre donné d'indicateurs.

Et, pour faire ça, M. le Président, il faut que nous complétions notre déploiement de dossiers électroniques. On est à un an et demi du déploiement complet, même chose sur la donnée financière. M. le Président, sur ceci, sur une tablette, là, j'ai les éléments devant moi. Je n'ai pas besoin d'ordinateur. Dans un deuxième mandat, vous aurez l'accès à vos données, qu'elles soient cliniques, mais qu'elles soient aussi financières. C'est déjà prévu dans notre déploiement. Vous saurez, la population qui nous écoute, où va l'argent que vous payez dans les impôts. Vous comprendrez les enjeux auxquels font face les gouvernements. Ensemble, ça sera le début d'une conversation basée sur des faits, de laquelle, idéalement, il y aura un minimum et non un maximum de politique.

Vous me permettez, en terminant, M. le Président, de souligner et de remercier les gens qui ont participé à cette étude de crédits, à commencer évidemment par les collègues des oppositions. À tout seigneur tout honneur, les crédits, c'est d'abord l'occasion pour les oppositions de questionner le ministre. Alors, je remercie, pour le déroulement qui a été, somme toute, tout à fait harmonieux pendant les 12 heures d'étude de crédits que nous terminons à l'instant, donc, je remercie la députée de Taillon et son équipe et le député de Lévis et son équipe. Et évidemment je fais de même pour mes collègues de notre formation politique, à commencer par le député de Dubuc, le député de Maskinongé, le député des Îles-de-la-Madeleine, le député de Vimont et le député de Côte-du-Sud.

Et des remerciements particuliers, M. le Président, à l'équipe qui m'accompagne. Vous savez, le budget de la Santé, on le sait, c'est plus de 50 % des dépenses de programmes. Ça veut aussi dire que les équipes qui ont à participer à la gestion de ce budget, bien, c'est une grande équipe. Elle est grande en nombre, mais aussi elle est grande en compétence. Elle m'accompagne. Elle est autour de moi. Alors, vous me permettez de remercier chaleureusement tout le monde, sans que je nomme tout le monde un par un, parce que je vous vois me faire des signes, là, et là vous n'apprécieriez pas. Mais vous me permettez quand même de remercier nominativement mon sous-ministre en titre, M. Fontaine, et son équipe qui m'accompagne, ma chef de cabinet, Mme Julie White, et tous les gens qui sont ici présents, de toutes les sections administratives du réseau.

Ce n'est pas simple, gérer le réseau de la santé. Il y a des enjeux et des défis moraux, éthiques, budgétaires à tous les jours. Je peux dire avec certitude que l'appareil gouvernemental du Québec travaille à tous les jours dans l'intérêt du citoyen québécois.

Le Président (M. Merlino) : Merci beaucoup, M. le ministre.

M. Barrette : Et les résultats sont au rendez-vous. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Et je vous rappelle que les informations qui vous ont été demandées, que je vais accepter de soumettre lorsque vous les aurez obtenues, ces informations-là, je vous prierais de les envoyer au secrétariat de la commission pour qu'on puisse en faire la distribution aux membres de la commission.

Adoption des crédits

Le temps alloué à l'étude du volet Santé et Accessibilité aux soins des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux étant écoulé, nous allons maintenant procéder à la mise aux voix des crédits.

Le programme 1, intitulé Fonctions de coordination, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Une voix : Sur division.

Le Président (M. Merlini) : Adopté sur division. Le programme 2, intitulé Services dispensés à la population, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Une voix : Sur division.

Le Président (M. Merlini) : Adopté sur division. Le programme 4, intitulé Régie de l'assurance maladie, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Une voix : Sur division.

Le Président (M. Merlini) : Adopté sur division.

L'ensemble des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2018-2019 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Une voix : Sur division.

Le Président (M. Merlini) : Adopté sur division.

Documents déposés

En terminant, je dépose les réponses aux demandes des renseignements de l'opposition.
Et, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux sine die.
Bonne fin de soirée à toutes et à tous.

(Fin de la séance à 20 h 40)