

ISSN 2818-9841



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le vendredi 22 mars 2024 — Vol. 47 N° 71**

Interpellation : Le véritable coût des soins de santé pour les  
Québécoises et les Québécois

**Présidente de l'Assemblée nationale :  
Mme Nathalie Roy**

---

**2024**

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

**Le vendredi 22 mars 2024 — Vol. 47 N° 71**

**Table des matières**

Exposé du sujet M. Vincent Marissal	1
Réponse du ministre M. Christian Dubé	2
Argumentation	4
Conclusions M. Christian Dubé M. Vincent Marissal	16 17 18

**Autres intervenants**

M. Luc Provençal, président

M. Jean-Bernard Émond

M. André Fortin

Mme Suzanne Tremblay

M. Pascal Paradis

Le vendredi 22 mars 2024 — Vol. 47 N° 71

**Interpellation : Le véritable coût des soins de santé  
pour les Québécoises et les Québécois**

(Dix heures)

**Le Président (M. Provençal) :** Bon matin à tous. Je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

La commission est réunie afin de procéder à l'interpellation du député de Rosemont au ministre de la Santé sur le sujet suivant : Le véritable coût des soins de santé pour les Québécoises et les Québécois.

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

**La Secrétaire :** Oui, M. le Président. Mme Blouin (Bonaventure) est remplacée par Mme Tremblay (Hull); M. Chassin (Saint-Jérôme) est remplacé par M. Émond (Richelieu); et M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine) est remplacé par M. Paradis (Jean-Talon).

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Alors, conformément à l'entente prévue pour la 43e législature, l'opposition officielle interviendra lors des deuxième, quatrième et sixième séries d'interventions, et le député de Jean-Talon, lors de la cinquième série d'interventions.

Sur ce, M. le député de Rosemont, vous avez la parole pour 10 minutes.

**Exposé du sujet**

**M. Vincent Marissal**

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Chers collègues, bon vendredi matin. Merci, d'abord, M. le ministre, de vous prêter à l'exercice ce matin, un vendredi. Je sais que, souvent, le vendredi, à ce temps-ci de l'année, vous préférez être dans votre érablière, mais... je ne connais rien là-dedans, mais il fait pas mal froid ce matin. Ça fait que peut-être que ça ne coule pas puis que je ne vais pas vous faire gaspiller quelques litres de bon sirop. Alors, on va pouvoir discuter en toute quiétude de notre dossier ce matin.

C'est un... c'est un dossier important. Puis là je voudrais qu'on règle tout de suite une affaire entre vous et moi puis les collègues. Comme ça, on va... on ne perdra pas de temps avec des épithètes. Des fois, à la période de questions, vous nous reprochez, à nous, QS, d'être dogmatiques, contre le privé. Je pourrais vous renvoyer le compliment puis vous dire que vous êtes dogmatiques sur... sur le privé, vous aussi, à votre façon. Si être dogmatique, c'est avoir un parti pris décomplexé en faveur du développement et de la pérennité de notre réseau public, coupable, Votre Honneur, je suis dogmatique. Que ce soit dit, que ce soit réglé.

Cela dit, je ne vis pas sur la planète Mars. Je suis un citoyen du Québec. J'ai moi-même des besoins en santé. J'ai des parents de 90 ans. J'ai quatre enfants. Et je suis député, comme vous, alors j'ai beaucoup de contacts avec des gens qui sont en interaction quotidiennement avec le réseau de la santé. Et puis c'est important. Il n'y a pas grand-chose de plus important que ça. Il suffit d'être malade quelques jours pour comprendre à quel point, à la fin, on n'a à peu près que ça.

Il est en train de se développer, au Québec, de façon insidieuse, je pense, un réseau privé de plus en plus élargi au Québec. Et on parle souvent des mini-hôpitaux privés parce que ça fait image, c'est spectaculaire, c'est sensationnel. Vous avez confirmé, M. le ministre, d'ailleurs, que les appels d'offres seront lancés incessamment pour deux mini-hôpitaux privés. Il y a un projet en ce sens, au moins un que je connais, un projet de 50 à 60 millions, à Mont-Tremblant aussi, avec des gens qui font du lobby ici en ce moment pour que ça se fasse. Ça ressemblerait pas mal aussi à un hôpital privé. Ça, c'est spectaculaire. Les CMS aussi, les cliniques médicales spécialisées, c'est spectaculaire, parce que le gouvernement a envoyé beaucoup de chirurgies vers les cliniques privées.

Mais ce qui est moins spectaculaire puis ce dont on ne parle pas, et c'est pour ça que je vous ai convoqué ce matin ici, c'est les cliniques d'urgence mineure, la première ligne de la première ligne, là où on va quand la petite pleure depuis deux jours puis qu'elle fait 39° de fièvre, que maman n'est plus capable de se lever parce qu'elle a le dos barré puis probablement un autre problème, qu'on y va aussi parce qu'on a une infection urinaire et on craint que ça dégénère avec des problèmes beaucoup plus graves avec les reins, vous savez, ce genre de problèmes qui... qui nous empoisonnent la vie. Puis on nous dit de plus en plus : Bien, les urgences sont débordées, il ne faudrait pas aller aux urgences, il y a d'autres façons de se faire soigner. Et c'est vrai qu'il y a d'autres façons de se faire soigner, sauf que, dans la réalité, il y a de moins en moins de médecins de famille au Québec, et ça n'ira pas en s'améliorant. Regardez les statistiques. Regardez les retraites qui s'en viennent.

Il y a une offre privée qui se développe de plus en plus. Puis je ne parle pas des GMF qui sont privés, je parle d'une offre privée privée. On a, au Québec, un nombre record de médecins désaffiliés. C'est un phénomène purement québécois. D'ailleurs, ça a même intéressé le *Globe and Mail*, qui voulait chercher à comprendre pourquoi, au Québec, c'est une des distinctions qu'on a ici.

Et il est faux de dire que cette offre privée s'ajoute et donne un choix à la population. Quand la petite pleure depuis deux jours, qu'elle fait 39° de fièvre, que vous ne savez pas ce qu'elle a, que vous n'êtes pas capable d'avoir

un rendez-vous avec votre médecin de famille, si vous avez un médecin de famille, que vous n'êtes même plus capable de parler à la réceptionniste de votre clinique parce que tout est maintenant sur des services en ligne qui sont parfois assez complexes et désespérants, que vous n'en avez même pas, de toute façon, de clinique, et que le CLSC n'offre à peu près que des prises de sang avec des rendez-vous aux trois semaines, ce n'est pas vrai que vous avez le choix. Vous n'avez pas le choix. Ce n'est pas un choix de faire soigner un bébé qui braille ou quand vous avez un gros problème de santé qui vous inquiète. Alors, de plus en plus, au Québec, les gens doivent se tourner vers les cliniques privées pour des services qui, normalement, devraient être assurés.

Alors, évidemment, s'il y a 1 \$ à faire avec ça, il y a du monde qui vont vouloir en faire 1,50 \$. C'est dans la nature de la bête, et on le voit. On a fait des recherches depuis quelques mois. Je remercie d'ailleurs le service de recherche de l'aile parlementaire. On n'a pas tant de moyens que ça, mais on travaille fort. Puis on a fait beaucoup de recherches, on a fait beaucoup de simulations pour se rendre compte que, je vais le dire comme ça, là, c'est le far west, dans le domaine des cliniques privées, pour ce qui est des tarifs, parce qu'il n'y a pas de plafond, il n'y a pas de grille. Ils devraient, en principe... On nous dit, par exemple, au Collège des médecins, que le patient doit évaluer les tarifs proposés, comme si le patient était capable. On nous dit aussi que le patient doit exercer sa vigilance, tout comme il le ferait lors de l'achat d'un bien ou de tout autre service professionnel.

On ne parle pas d'un bien classique, là. Je comprends que, si on va acheter des pneus parce que c'est le printemps, puis ça nous prend des pneus d'été, on peut comparer assez facilement. Puis on n'est pas tant dans l'urgence puis on n'est pas en détresse. Mais comment on fait, comment je fais, moi, pour comparer les prix, être vigilant avec quelqu'un qui m'impose des tarifs qui me paraissent, ma foi, exagérés, mais je n'ai pas de grille?

Et le gouvernement est en train de laisser se développer ce réseau-là. On va se ramasser avec un maudit problème, là, de gens qui vont devoir payer de plus en plus. De plus en plus de gens, au Québec, et on le sait, perdent leur médecin de famille. Il y a des cas qui s'en viennent encore, là, puis des gens, là, qui vont se retrouver, là, Gros-Jean comme devant, plus de médecin de famille, qui, de guerre lasse... C'est arrivé dans mon entourage, puis il y a encore une dame qui me racontait ça récemment dans ma circonscription. De guerre lasse, elle s'est tournée vers une clinique privée avec membership. 1 500 \$ pour avoir le droit d'avoir ta carte de la clinique, puis tu n'as pas eu un seul soin, tu n'as pas parlé à un seul médecin, tu n'as pas vu une infirmière encore. 1 500 \$. Ça, c'est comme ton abonnement au club de golf. Tu n'as pas... tu n'as pas tapé de balle encore. Il va falloir que tu paies aussi pour tous les services après, et les services, bien, ils sont facturés à la pièce. Si c'est à Boucherville, ça va être tant. Si c'est à Varennes, c'est tant, mais, si c'est à Saint-Jérôme, ça va être encore un autre prix. Et on s'est rendu compte, en faisant des simulations, que, pour des soins de première ligne, des urgences mineures ou des dépistages d'ITSS, par exemple, puis vous savez que c'est en hausse, malheureusement, au Québec en ce moment, là, bien, ça peut aller du simple au quadruple. Ça peut être 80 \$ comme ça peut être 320 \$. On les a faites, les simulations.

Alors, qu'on me comprenne bien, là, puis je vais peut-être prendre les deux dernières minutes qu'il me reste pour faire ça, là, d'entrée de jeu, pour que ce soit très, très clair, là, je ne suis pas en train de demander au gouvernement de standardiser et de pérenniser les pratiques des cliniques privées. Ce n'est pas ça pantoute. Et, honnêtement, si j'étais de l'autre côté puis que j'étais à la place du ministre, ce n'est pas ça que je développerais. Ce n'est pas ça qu'on développerait.

Puis, je leur ai dit, on peut dire que je suis dogmatique... Pour fins de gagner du temps, là, d'accord, très bien, je l'ai dit, là, coupable, Votre Honneur, je suis dogmatique en la matière, parce que je suis de cette... de cette classe de Québécois qui pensent qu'on a un deal au Québec. On paie des impôts, puis c'est vrai qu'on en paie beaucoup. De toute façon, les impôts, c'est toujours selon ce qu'on a en retour, là. On en paie, des impôts, mais il y a un pacte au Québec. On paie des impôts, on a des services. Moi, c'est toujours comme ça que je l'ai perçu. D'ailleurs, quand on fait notre rapport d'impôt, là, notre déclaration de revenus, puis que reviennent les papiers avec l'avis de cotisation, le ministère des Finances nous écrit un petit mot disant : Merci d'avoir fait votre déclaration d'impôt pour contribuer à la bonne marche de l'État québécois et aux services. Bon, à chaque fois, ça... ça m'agace un peu, là, mais je me dis : Bien, O.K., j'ai fait ma part, puis c'est correct, puis on va continuer de le faire.

• (10 h 10) •

Alors, je ne suis pas en train de dire qu'il faut pérenniser les services. Quant à moi, je les abolirais puis je ramènerais ça dans un autre réseau, notamment les CLSC, dont on a parlé, d'ailleurs, cette semaine dans un mandat d'initiative avec la députée de Marie-Victorin. Puis elle me dit constamment qu'elle travaille pour relancer les CLSC puis que les CLSC doivent avoir des services de première ligne. C'est de la musique à mes oreilles. Mais, en attendant, sur le terrain, ce n'est pas ça qui se développe. Ce n'est pas ça. C'est des frais de plus en plus lourds, incontrôlés, incontrôlables. Alors, en attendant, malheureusement, vu qu'on est pris avec ça, et on est pris avec ça jusqu'à preuve du contraire et jusqu'à ce qu'on choisisse une autre voie, est-ce qu'on peut au moins protéger la population? Est-ce qu'on peut au moins protéger les gens qui n'ont pas le choix et qui paient beaucoup trop cher?

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. M. le ministre, alors, vous avez un 10 minutes de réplique ou d'introduction.

### Réponse du ministre

**M. Christian Dubé**

**M. Dubé :** Très bien. Alors, bonjour, chers collègues. Puis merci pour cette invitation du vendredi matin. Et je veux aussi saluer mes deux collègues qui sont avec moi aujourd'hui pour ce que je trouve une discussion très

importante. Puis je dois vous dire que je n'ai aucun... aucun enjeu, là, d'être ici ce matin, au contraire, parce que ce genre d'interpellation là, pour moi, le fait que c'est deux heures, le fait qu'on a le temps d'avoir des réactions, des fois, ça nous permet de faire le point sur des sujets qui sont non seulement importants, mais qui méritent d'être creusés un petit peu. Puis je pense que d'avoir... Lorsqu'on veut se faire une tête sur comment on évolue dans la... je donne l'exemple, là, de la transformation du réseau qu'on est en train de faire, je suis très, très à l'aise d'avoir ces discussions-là et de ne pas le faire dans des... dans des périodes de questions de 1 min 15 s où on a... on a beaucoup plus une réponse qu'une question à donner. Alors, je suis très à l'aise avec ça ce matin. Puis, en plus, pour vous rassurer, bien, ça ne coule pas ce matin. C'est bien gelé, là. Alors, j'arriverai un petit peu plus tard, puis ce n'est pas grave.

Alors, j'aimerais... Maintenant que je comprends un petit peu plus la question... Parce que, quand j'ai lu votre... votre interpellation, le sujet était très large. C'étaient les coûts. Alors, tu sais, j'ai dit : De quoi on veut parler? Maintenant que je comprends un petit peu plus, je suis certain qu'on va avoir une bonne discussion, comme je viens de dire, parce que je pense qu'on a tous le même objectif. Peut-être, des fois, on veut y arriver d'une façon différente, là, mais l'objectif qu'on a puis que je pense que vous avez, c'est de protéger notre système public puis, en même temps, donner aux Québécois le meilleur service qu'ils peuvent avoir.

On est très conscients, tout le monde est conscient puis moi le premier, que la pandémie nous a fait très mal. Et on s'est rendu compte de certaines exagérations. Puis je donne un exemple. Puis je pense que les trois députés qui sont ici, les... Dans le temps où on a... Bien, j'exclus mes deux collègues, parce que... Lorsqu'on a fait le projet de loi sur la main-d'oeuvre indépendante, là, puis vous allez voir où je veux venir avec ça, on a dit : Il y a des exagérations qui se font dans le privé avec les tarifs qui étaient chargés. On s'est assis ensemble, les deux... les trois partis, incluant, même, le Parti québécois. On a dit : Comment on peut régler ça? Puis c'est long à régler, ces choses-là, vous savez. On a fait un projet de loi. On a dit qu'il était important d'avoir une transition, qu'il était important d'avoir des tarifs maximums. Il a fallu faire des règlements. Les entreprises privées ont contesté nos appels d'offres. Vous connaissez le processus. Mais on est quand même arrivés à nos fins puis là, dans les prochaines semaines, on aura l'impact. Mais c'est long, faire ça.

Le point que je veux faire ici... C'est pour ça que je vous disais : J'ai beaucoup d'ouverture à vous écouter puis à entendre ce que vous avez à dire, parce qu'à la fin je vous dirais qu'on va probablement bien s'entendre sur comment on peut régler ces problèmes-là. Il s'agit juste d'avoir une bonne discussion. Puis je pense que c'est un bon forum, avec une interpellation, pour... même si, des fois, nos approches sont différentes. Puis je ne parlerai pas de dogme ce matin, c'est promis. Alors, je... En autant qu'on le fasse des deux côtés, c'est correct. Mais je n'en parlerai pas. Ça fait que je voulais... Ça, c'est ma petite introduction de deux minutes.

Bon, maintenant, ce que j'aimerais qu'on fasse... Puis je pense qu'on connaît tous les... les enjeux, là. Vous me parlez de vieillissement de la population. On peut parler de... Je veux mettre les enjeux de côté parce que je pense qu'on les connaît. On les connaît : le vieillissement de la population, les médecins qui s'en vont à la retraite, puis tout ça. On le sait, comment c'est difficile. Ça fait que je pense que, si on focusse plus sur les solutions, on va peut-être être capables, pendant le deux heures, d'avoir cette bonne discussion là. Ça ne veut pas dire qu'on... Je pense que tout le monde les réalise ou les... en est conscient, de tous ces enjeux-là. Ça fait que je veux juste dire... Étant donné qu'on connaît bien les gens qui sont assis dans la salle ici, profitons du focus sur ce qu'on pourrait discuter plutôt que d'essayer de débattre les enjeux. Je pense que, les enjeux, on les reconnaît. Ça fait que je dis ça comme ça.

Je vous donne un exemple. Maintenant que je comprends plus votre question, vous voulez focuser sur la place du privé, moi, j'aimerais... Puis j'ai pris connaissance, là, de l'article qu'il y avait dans *La Presse* ce matin, là, bon, puis ce que ça m'a donné à réfléchir... La première chose que j'aimerais... Parce que vous dites que vous avez fait de la recherche. Puis nous, on a fait pas mal de recherche aussi, là, dans la préparation du plan santé, puis on s'est donné des étapes. Tantôt, je vous ai dit... On a vu qu'il était important de bouger sur la MOI, hein, la main-d'oeuvre indépendante des agences. C'est fait. On l'a fait puis on en aura les bénéfices dans les prochaines semaines, prochains mois. D'ailleurs, ils ont déjà commencé. Je vous en ai parlé un peu. Il y a des infirmières qui commencent à revenir. Ça, c'est très bon signe.

J'aimerais que l'approche qu'on va discuter... Je vous donne un exemple, là. Quand j'ai vu l'article ce matin, j'ai dit : Est-ce que tout le monde a les mêmes définitions? Puis je vais m'expliquer, là. Je vais donner les définitions des médecins puis les définitions des cliniques. Je veux qu'on fasse une différence pour qu'on se comprenne bien. Puis, je pense, ça pourra alimenter nos prochains blocs de cinq ou 10 minutes, là, qu'on fait.

Je vous donne un exemple. Dans les définitions des médecins au Québec en ce moment, on a les médecins qui sont participants. «Participant», ça veut dire que c'est le médecin qui peut être dans une clinique privée. Donc, un GMF, il y a un propriétaire privé. Ça peut être un médecin, ça peut être une entreprise. Mais, lorsque les patients y vont, bien, ils présentent leur carte RAMQ, puis les tarifs sont fixés par la RAMQ. Mais c'est quand même une clinique privée, un GMF, mais on a un médecin qui est participant.

Il y a une catégorie qui est très peu utilisée, qui s'appelle les médecins désengagés, c'est-à-dire qu'ils ne... qu'ils ne chargent pas directement à la RAMQ, mais ils sont obligés de charger le tarif de la RAMQ. Alors, le client qui... Mais il y en a deux au Québec. Donc, on n'en parlera pas longtemps. Mais des désengagés, là, c'est une de nos trois options.

Celle dont je pense que vous parlez, c'est ce qu'on appelle les non-participants. Les non-participants, ça, c'est une catégorie qui a été mise en place au début des années 2000, là, par un gouvernement libéral. Puis là je ne fais pas de politique, mais je veux juste le positionner. Et les non-participants, ça, c'est une caractéristique propre au Québec, qui est là depuis les années 2000. Et il faut bien dire que c'est le médecin qu'on qualifie de non participant, là. Je ne parle pas de la clinique ici. J'y reviendrai. Et ça, vu qu'on a commencé déjà à faire le débat... Puis, je vous le dis, je n'ai pas de surprise. On a même dit en Chambre, ici, qu'on est en train de regarder : Est-ce que les allers-retours de gens qui passent de participants à non-participants, vous savez, qui donnent le délai de six semaines, etc., là... On a dit qu'on

avait une réflexion là-dessus. Ça fait que ça, ça... Cette réflexion-là, elle est déjà commencée. Mais, je veux juste dire, cette catégorie-là est particulière au Québec. Ça, c'est pour ceux qui peuvent charger, comme vous dites, sans maximum. Je lisais bien l'article ce matin. C'est quelqu'un qui se... Il est plus que désengagé, là. Il est... Il peut charger le tarif qu'il veut.

Je veux juste parler des cliniques, maintenant, juste pour qu'on ait la discussion, puis vous verrez dans quel bloc vous voulez qu'on la mette. Les cliniques, maintenant.

Une clinique qui est participante, ça, c'est l'exemple de la clinique Rockland, Dix30, appelez-la comme vous voulez, qui, elle, dit : Moi, j'ai une clinique privée, un peu comme un GMF, là, je fais le... Mais... Puis, on l'a vu, ça, ça nous a beaucoup aidés. C'est qu'elle est participante, parce qu'on s'est entendus sur les tarifs. On s'est entendus, puis c'est là qu'on a fait 200 000 chirurgies. Est-ce qu'on s'est entendus par appel d'offres? Est-ce qu'on s'est entendus parce qu'ils prennent le tarif de la RAMQ? Elles sont participantes. Puis le Québécois s'en va là pour sa cataracte, pour... peu importe la chirurgie, donne sa carte RAMQ puis... Alors, elle est participante au système. Ça va-tu?

Les cliniques non participantes, bien, à ce moment-là, ça, c'est l'autre, et ça, bien, ça s'applique particulièrement aux chirurgies. Et c'est là qu'une des questions que je vais avoir plus tard pour vous, quand on le mettra dans un bloc spécifique, là, je vous laisserai décider, c'est d'être capable de dire, puis là je vois le temps qui file : Où est-ce que vous voulez qu'on mette l'énergie? Parce que, pour moi, je fais une différence entre les cliniques chirurgicales puis les cliniques de rendez-vous dont vous parliez. Parce que, si vous me dites, en ce moment : On est à l'aise avec la partie chirurgie puis on veut travailler plus sur la première ligne, bien, on va avoir une discussion plus focussée, je ne sais pas si ça se dit, là, mais plus ciblée. Ça va-tu?

• (10 h 20) •

Bon, je terminerais en disant : Il faut faire attention. Puis peut-être que j'y reviendrai. En ce moment, sur les 20 000 médecins, là, omnis et spécialistes, il y en a 97 % qui fonctionnent au public. Je pense, votre préoccupation, c'est : Est-ce qu'on est dans une tendance qui va augmenter? C'est peut-être ça qu'il faut discuter. Parce qu'en ce moment moi, je suis plus dans protéger le système public pendant qu'on fait la transition de notre système.

Alors, j'arrête là-dessus. M. le député, je comprends très bien votre question. Je pense qu'on peut avoir les mêmes objectifs. On ne parlera pas de dogme ce matin. Je suis très ouvert à...

**Le Président (M. Provençal) :** Merci.

**M. Dubé :** ...les bonnes questions.

### Argumentation

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, on va débiter les différents blocs d'intervention avec le député de Rosemont. Je vous rappelle que c'est toujours des blocs de cinq minutes par personne. Alors, M. le député.

**M. Marissal :** Merci. Bien, on s'entend sur les définitions. Et merci pour l'exercice didactique, là. Pour les gens qui nous suivent, là, ce n'est pas toujours aussi clair. Mais on s'entend sur les définitions. Et on parle effectivement, ici, des médecins non participants dans les cliniques de première ligne. J'ai volontairement mis de côté les chirurgies, pas que je suis parfaitement d'accord avec le passage au privé, vous le savez, là, mais ça, on a déjà discuté de ça, la nuance étant que, et je suis bien placé pour le savoir, là... Vous voulez vous faire remplacer les hanches, vous avez le temps d'y penser. Ça ne se fait pas du jour au lendemain. Même chose pour les genoux, à la limite pour la cataracte, même si c'est un peu plus urgent. Vous avez quand même le temps d'y penser.

Quand le bébé braille depuis 36 heures, vous n'avez pas le temps d'y penser puis vous n'êtes pas capable de penser non plus. C'est ça, le problème aussi. Même chose pour des maux de ventre, là, les trucs classiques qui nous amènent, là, normalement chez le médecin, où on désespère parce qu'on n'est pas capables d'avoir une consultation puis on craint que l'affaire qui nous afflige, ce n'est pas juste un petit rhume. Ça peut être pire que ça, là. C'est de ça dont on parle. C'est vraiment de ça dont on parle.

Et, quand je vous disais, là, qu'on a fait des recherches... D'ailleurs, je vais pouvoir déposer ça de façon virtuelle, là. C'est... c'est public, de toute façon. C'est des choses qu'on a faites dans l'univers de l'offre en médecine au Québec, là. C'est public. Par exemple, consultation pour un nouveau-né, si vous allez à Montréal, Centre de santé Collège Canada, ce sera 225 \$ juste pour une consultation. Si vous allez, par contre, chez ELNA, E-L-N-A, médecine privée, 250 \$ pour une urgence mineure en pédiatrie. D'autres n'ont pas de service, d'autres vont charger 25 \$, et il y va ainsi.

Consultation pour ITSS, ça, là, c'est le... c'est le... pardonnez l'anglicisme, là, c'est le «free-for-all». Les ITSS, là, en ce moment, là, pour le dépistage, et Dieu sait que c'est important, puis il faut le faire vite, là, puis on a des problèmes en ce moment au Québec avec ça, c'est... une chatte n'y retrouve pas ses petits, là. C'est... c'est une panoplie de prix. Ça part dans toutes les directions. Inutile de dire que les gens qui consultent pour ça, ils ont besoin d'un service rapidement.

Les urgences mineures aussi, là. Les urgences mineures, si vous allez chez Créa-MeD, par exemple, à Montréal, on... il vous en coûtera 175 \$. Ça, c'est pour votre mal de ventre, votre mal de tête, une épine dans l'oeil ou que sais-je encore. Et là il en va ainsi. Ça peut varier de... Je vois ici 125 \$, mais ça peut varier jusqu'à 250 \$.

Autrement dit, là... On le sait, combien ça coûte, les interventions au Québec, parce qu'on paie les médecins à l'acte, mais est-ce qu'il est normal que l'on tolère une telle variation de prix en sachant que les gens n'ont pas un réel choix? Il y a des histoires qui sont sorties dans les médias, notamment, rappelez-vous, la clinique Praxis à Terrebonne.

Je les nomme parce que c'est sorti dans les médias. C'était, justement, le cas d'un couple avec un jeune bébé, et ils en étaient rendus à payer 1 200 \$, parce que c'était 250 \$ de la visite de suivi avec le poupon. Le poupon avait des problèmes. Il fallait payer en plus. Et le papa disait cette phrase... Puis c'est pour ces gens-là qu'on travaille. Le papa disait cette phrase : La santé de ma fille, elle n'a pas de prix, je ne suis pas capable de voir un médecin, je vais payer, moi, je vais sauter dans mon auto puis je vais y aller, chez Praxis, puis ça coûtera ce que ça coûtera. C'est terrible, là, de forcer les gens à faire ça, parce qu'on est capables de contrôler le prix.

Et moi, je pense même qu'en contrôlant les prix on enverrait le message, justement, aux médecins non participants que ce n'est pas le far west, que vous ne pouvez pas charger tout ce que vous voulez. On est intervenus, d'ailleurs, dans les frais accessoires. Ce n'est pas parfait, là. Il reste des trucs, là. On reçoit des informations, notamment en ophtalmologie. La majorité des ophtalmologistes continuent de charger des frais accessoires aux patients dans le cadre de chirurgies de la cataracte, pourtant couvertes par la RAMQ, sous prétexte que, puisque le choix de lentilles... Il y a toutes sortes... il y a toutes sortes de façons et d'avenues. Vous les connaissez.

Mais, ce matin, là, je me concentre davantage sur les soins de première ligne, sur les urgences mineures, vous savez, quand on a un bobo puis qu'on se dit : Il faudrait vraiment que j'aille voir un médecin, il faudrait vraiment que j'aille voir un médecin, puis que, là, le dilemme, c'est toujours le même : Je vais-tu à l'urgence ou je vais-tu voir un médecin? Puis là on cherche, là, dans toutes nos ramifications de contacts : Il y a-tu quelqu'un qui peut me trouver un médecin? Puis là on panique parce que ça ne va pas. On panique, à plus forte raison si c'est un de nos proches qui ne va pas. Et là on se retrouve dans une clinique où on dit : Bien, on va peut-être vous prendre, mais, d'abord, ça va vous prendre un membership, comme mon club de golf, là, ou la Marina de Valleyfield, là, il faut mettre son bateau, là. Ce n'est pas de la plaisance, là. C'est une urgence. Alors, est-ce qu'on peut contrôler ces prix-là? Est-ce qu'on a la volonté de le faire?

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Dubé :** O.K. Bien, on va continuer. Maintenant que je comprends mieux la question, on va... on va se concentrer sur... je vais l'appeler les cliniques de consultation plutôt que de chirurgie. Allons là-dessus.

Deux... deux choses que j'aimerais préciser. Nous, dans les derniers mois, là, qui nous préparent pour les autres gestes qu'on va... qu'on va poser, j'ai... j'ai fait une analyse assez claire de ce qui se passe dans le reste du Canada, parce qu'on est même... on a les mêmes limitations du fédéral dans toutes les provinces, hein? C'est le même fédéral qui nous met les exigences privé versus public. Je ne vous apprends rien là-dessus. Je veux juste... Tout à l'heure, quand j'ai parlé des participants, désengagés, non-participants... Je ne reviendrai pas là-dessus. On les comprend bien. Mais, en plus, au Canada, je regarde l'exemple de l'Ontario, vous pouvez être dans une clinique privée, être un médecin privé, mais, en plus, le tarif est fixé, et le tarif est fixé par l'équivalent de leur RAMQ.

Alors, il y a plusieurs façons d'arriver où vous voulez aller, parce qu'on pourrait décider qu'on laisse les médecins pratiquer au privé, mais avec des tarifs maximums. Je dis ça comme ça, là. Je ne dis pas que c'est ça qu'on veut faire. Mais, en comparant... Puis l'approche en Alberta est différente de l'Ontario.

Alors, je veux juste dire que, la question que vous posez, je pense que c'est la bonne question si notre objectif est : Est-ce qu'on veut augmenter l'offre? Puis je vous donne un exemple. Dans les choix qu'on a faits au cours des dernières années puis qui avaient été, entre autres, commencés par le gouvernement libéral, que je trouve qui est une approche qui a donné des bons résultats, très bons résultats, je vais vous prendre la clinique UP en pédiatrie, clinique UP en pédiatrie, à Brossard, clinique privée, les médecins qui sont participants, parce que la façon de travailler, c'est de respecter, en pédiatrie, les tarifs de la RAMQ. Alors, vous allez là avec votre enfant, vous avez une urgence. Les gens le savent puis ils sont bien traités, et rapidement. Les commentaires qu'on a de cette clinique-là, des parents, sont excellents, spécialisée en pédiatrie. Tellement qu'on a aimé ça qu'on a décidé de faire la même chose à Saint-Eustache avec le même groupe. Ça fait que... Mais par contre l'entente, c'est : Ne chargez pas plus que les tarifs de la RAMQ. Ça fait qu'il n'y a pas... Les gens...

Alors, je veux juste dire qu'il faut trouver quel est le... Puis un des enjeux que je... en tout cas, que j'ai lu ce matin dans l'article, c'est les tarifs far west, que vous avez appelés. On se comprend bien, là. Ça fait que c'est pour ça que je veux faire... Puis c'est pour ça que je ne parle pas de dogme, là, ce matin, parce qu'il y a une façon, des fois, d'y arriver avec la même... en autant qu'on s'entende sur les définitions. Mais je pense qu'on... Puis je compare avec l'Ontario puis l'Alberta, qui sont dans le même pays, là, hein, on est tous au Canada, puis ils ont des approches très différentes. Puis, des fois, on se demande comment ça se fait que ça, ça passe dans le régime fédéral, puis que ça, ça ne passe pas. On ne rentrera pas là-dedans ce matin. Et je veux juste dire que ce n'est pas facile de trouver notre voie là-dedans, O.K.?

Bon, moi, je crois, je crois que, dans les mini-hôpitaux, pour revenir à votre question, parce qu'on va aller en appel d'offres, il y a un objectif que je veux être très, très clair, c'est que... Puis, que ça s'appelle mini-urgence, mini-hôpital, là, on clarifiera ça quand on ira en appel d'offres, mais on va avoir une chose qui va être très claire, ça va être des tarifs de la RAMQ avec accès avec la carte. On se comprend bien. Ça fait que c'est pour ça que, ce matin, j'aime mieux essayer de s'entendre sur votre objectif.

• (10 h 30) •

Alors, moi, mon objectif... Puis vous pourrez me le dire tantôt. Si vous me dites que c'est s'assurer qu'on plafonne les tarifs, bien, je veux dire, on va regarder comment ça pourrait être fait, parce que c'est fait dans d'autres provinces. On est encore à 97 % où on est public. C'est peut-être le temps de prendre ces décisions-là. Puis on a montré de l'ouverture, pas juste comme gouvernement mais comme Parlement, à trouver des façons de le faire, et la main-d'oeuvre

indépendante, c'en est une. Ça fait que, si l'objectif, c'est de maximiser les prix, les tarifs... Mais, en même temps, ce que je veux faire attention, puis je voudrais entendre les autres partis là-dessus, c'est que je ne veux pas non plus limiter l'offre, parce qu'en ce moment on a un problème d'offre, c'est-à-dire que les gens ne sont pas capables de prendre rendez-vous avec le médecin. Alors, pendant qu'on a un problème de se sortir de la... des effets négatifs de la pandémie, entre autres sur les chirurgies, comment on fait ça?

Alors, j'arrête ça là parce que je vois que mon cinq minutes est terminé, mais je suis très ouvert à préciser nos questions, en comparaison aussi de ce qui se fait ailleurs, dans les autres provinces. Ça va?

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. Merci beaucoup. Je vais maintenant céder la parole à M. le député de Richelieu.

**M. Émond :** Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Bon matin. Content de vous retrouver. Salutations, M. le ministre, ma collègue de Hull, les collègues de Rosemont, de Pontiac, de Jean-Talon qui sont avec nous ce matin, et toutes les équipes qui vous et nous accompagnent, qui, je suis certain, tout comme moi, participent, M. le Président, avec une joie à peine dissimulée à cette interpellation du vendredi matin, en ce beau vendredi matin un peu glacial, hein, sur la colline Parlementaire.

Et, M. le ministre l'a dit tantôt, une interpellation, M. le Président, c'est une occasion d'une durée de deux heures qui nous permet de prendre un peu plus notre temps pour parler de sujets importants. Et je suis convaincu que vous ne m'en tiendrez pas rigueur, M. le Président, dans mon premier bloc d'intervention, probablement, mon rôle d'adjoint en éducation qui ressort, de faire un peu de pédagogie pour mon premier bloc.

Vous parlez un peu du public mais également de la place du privé dans notre système de santé au Québec. Je ne vous apprends rien, M. le Président, c'est dans les années 60 que le gouvernement québécois a entrepris une réforme majeure pour se doter d'un système de santé public et universel, accessible à tous les citoyens, et ça a conduit, comme on le sait, à la nationalisation des hôpitaux et la création de la RAMQ.

M. le Président, le système de santé du Québec incarne des valeurs de solidarité, d'égalité et d'accès universel aux soins. Et on peut, on doit être fiers de notre système de santé public, parce que, M. le Président, il garantit à chacun, sans égard à sa situation socioéconomique, l'accès aux soins. C'est un système qui repose sur une solidarité collective. Bon, ceci dit, malgré les défis et les critiques, M. le Président, le système public doit continuer d'être considéré pour ce qu'il est véritablement, un pilier essentiel au bien-être de la population.

Maintenant, cette fierté envers le réseau public, ça ne doit pas exclure la reconnaissance, M. le Président, des contributions du secteur privé. La place du privé, je ne vous apprends rien, encore une fois, ce n'est pas une nouvelle donnée, M. le Président, dans l'équation du réseau de la santé au Québec. Ça fait une quarantaine d'années que le secteur privé est mis à contribution dans le réseau de la santé et des services sociaux. Et je vous amène dans des chiffres. Le financement du privé, M. le Président, a augmenté de 52 %, notez bien les années, de 1979 à 2019. Donc, on peut voir que, durant toute cette période, il y a des gouvernements, avant nous, qui ont également pensé, qui ont trouvé qu'une partie de la solution pouvait se trouver dans cette importante collaboration entre le public et le privé. Donc, c'est une tendance, M. le Président, qui est internationale, que de se tourner vers le privé pour améliorer l'efficacité du système de santé public.

Le mot magique, je pense, c'est complémentarité. Le système privé est souvent sollicité en complémentarité pour les services, et réduire les temps d'attente, et offrir des options supplémentaires. Donc, la finalité, M. le Président, elle est plus nuancée qu'une facture salée. Les PPP sont souvent mis sur pied pour pallier à certaines lacunes qu'on peut parfois retrouver dans le système public. Et qu'est-ce que font les gouvernements responsables? Bien, ils envisagent tous les outils qui sont à leur disposition pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour chaque citoyen. Et c'est justement ce que le ministre de la Santé a souvent mis l'accent, l'accès aux soins, comme étant un enjeu primordial.

Et c'est souvent un des secteurs qui s'est amélioré grâce aux partenariats public-privé. Les collaborations positives sont nombreuses, M. le Président, et contribuent à une meilleure efficacité du réseau. Par exemple, en ayant délégué une liste de chirurgies mineures au privé, on assiste à une diminution des listes d'attente. Les partenariats avec le privé peuvent permettre au RSSS de se concentrer sur des domaines d'expertise qui sont plus spécifiques. Alors, ça nous permet, M. le Président, entre autres, de libérer des ressources et se concentrer sur la prestation des soins de santé essentiels. Alors, ce n'est pas une diminution qui est artificielle, M. le Président. On préfère en faire un élément qui est positif.

Et je terminerais mon intervention en disant que... Je pense, sur plusieurs fronts, en éducation, en santé, en habitation, je pense que c'est important de parler de ce qui va bien, M. le Président, hein, entre autres en éducation, mais également en santé, parce que c'est comme ça qu'on va se permettre collectivement d'attirer des jeunes dans le réseau, de leur indiquer que c'est un endroit où il est difficile, mais il est agréable de travailler, donc, autant en éducation qu'en santé. Et, dans mes prochains blocs, M. le Président, j'aurai l'occasion de m'entretenir avec vous sur d'autres sujets. Je vous remercie.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. On va procéder maintenant à notre deuxième bloc d'intervention, et la parole appartient maintenant au député de Pontiac.

**M. Fortin :** Oui. Merci, M. le Président. Bon matin à tout le monde. Je suis content d'être ici, moi aussi, effectivement, surtout du fait que, comme le ministre l'a dit, il n'y a rien qui coule ce matin. Donc, ça me fait grand plaisir d'être ici. Mais, ce week-end, je vais aller m'occuper des vraies affaires ailleurs.

La dernière fois, M. le ministre, juste pour le petit rappel, la dernière fois qu'on a eu une interpellation, souvenez-vous, vous m'avez dit : Ah! bien, c'est de valeur, on est pris en interpellation, j'aurais aimé ça être dans votre comté. J'attends encore votre visite. Je pense, ça fait un an de ça.

Mais, bon, sur la proposition qui est faite par mon collègue, juste d'entrée de jeu, parce que je... c'est un collègue que je respecte beaucoup, et je pense qu'on lui doit... on doit reconnaître le travail qu'il a fait, là, je vous avoue, j'ai quand même fait le saut un peu ce matin. Je ne m'attendais pas à ça de la part de Québec solidaire. La première réaction qu'on a eue, c'est que ça nous apparaissait bien peu solidaire comme... comme proposition. Cependant, à entendre son argument, je comprends où il veut aller. Et on va... on va prendre le temps d'étudier sa proposition, même si, de prime abord, il semble y avoir un risque quand même existant à ce qu'il propose, c'est-à-dire d'augmenter la demande pour le privé non affilié, on parle vraiment du privé non affilié, alors qu'on se demande si on devrait se concentrer, ici, collectivement, sur améliorer l'offre du public. Alors, je comprends où il veut en venir, parce qu'effectivement il y a des familles qui n'ont pas le choix, qui se tournent vers là parce qu'ils ne savent pas où d'autre aller. Alors, elle vaut la peine d'être... d'être étudiée de la part des parlementaires.

Ceci étant, ça, c'est sa proposition. Moi, je veux utiliser le temps qui est à notre disposition pour vous parler... pour vous parler de l'endroit où encore beaucoup de gens, même s'ils ne le souhaitent pas, se tournent, et ça, c'est les urgences. Et je ne ferai pas le procès de l'ensemble de l'oeuvre sur les urgences. Je veux m'attarder à quelques... quelques endroits bien spécifiques, parce que... Le collègue m'a rejoint tantôt en parlant des impôts qu'on paie tous et du petit remerciement qu'on reçoit tous. Mais, vous le savez comme moi, les gens, à Châteauguay, qui ont les pires taux d'attente aux urgences, paient les mêmes impôts que les gens... que les gens à... en Minganie, qui ont la meilleure urgence au Québec en matière de temps d'attente. Alors, il y a quelque chose qu'on doit regarder.

Et là je ne vous parle pas de la tendance globale. L'Institut économique de Montréal a fait l'analyse de la tendance globale, qui semble au mieux stagner, au pire augmenter en termes de temps d'attente partout au Québec. Mais, dans leur analyse, il y a quelques chiffres qui nous ont frappés et pour lesquels j'aimerais entendre les explications et le plan de match du ministre.

Quand on... Et je suis content que la députée de Hull soit ici, parce que sa région, la mienne également, est identifiée très clairement dans l'analyse de l'Institut économique de Montréal, qui nous dit : «La région de Gatineau, incluse dans le CISSS de l'Outaouais, a vu sa situation se détériorer. La durée médiane du séjour à l'Hôpital de Hull a augmenté de 1 h 54 min en un an, et la durée médiane à l'Hôpital de Gatineau a augmenté de 1 h 29 min.» Ça, c'est des bonds quand même spectaculaires, là, parce qu'on... On parle de temps d'attente médians qui se situent, pour ces deux... ces deux établissements-là... qui se situaient vers 5 heures, 6 heures et qui, aujourd'hui, se situent à 7 h 30 min d'attente.

• (10 h 40) •

J'aimerais comprendre pour ces deux hôpitaux-là. Et je demanderais au ministre de ne pas simplement nous dire : Ah! mais on va construire un autre hôpital à Gatineau, là, parce qu'il y a quand même des années, et des années, et des années avant qu'on y arrive. J'aimerais comprendre comment la situation s'est détériorée à ce point dans la dernière année, et c'est quoi, son plan de match à court terme, là, pour s'assurer qu'on reprend le contrôle. Parce que, si la situation s'est détériorée à ce point-là, je ne suis pas convaincu qu'elle va s'améliorer juste comme ça au cours des prochaines semaines et des prochains mois. Alors, pour ces deux hôpitaux, les hôpitaux de Hull et de Gatineau, j'aimerais comprendre son... ses raisons pour cette détérioration et ses suggestions ou ses... ce qu'il prévoit pour la prochaine année.

Et je lui demanderais la même chose pour l'Hôpital Anna-Laberge à Châteauguay. J'ai eu la discussion hier avec la ministre déléguée de la Santé, qui a travaillé à l'Hôpital Anna-Laberge et qui nous a simplement dit : Oui, mais on a changé la direction à l'Hôpital Anna-Laberge. D'accord, mais, les gens de Châteauguay, là, le temps moyen d'attente, il est de 13 heures, 13 heures. Et je vous rappelle que votre engagement à tous les Québécois, c'était 90 minutes. Alors, 13 heures, là, ce n'est même pas dans le même monde que tous les autres hôpitaux du Québec. Je crois qu'on leur doit des explications, aux gens de Châteauguay, et je les attends de la part du ministre.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. M. le ministre.

**M. Dubé :** ...M. le Président, M. le député, je pense que c'est... Je vais me servir de votre... de votre question sur les urgences pour, après ça, revenir sur la discussion qu'on est en train d'avoir, parce que, vous l'avez dit, vous aussi, vous avez été... pas un peu surpris, mais, tu sais, on... Il faut avoir le temps de se préparer, puis je pense qu'on va avoir bien d'autres discussions là-dessus, mais je veux revenir sur l'urgence.

C'est drôle, parce qu'hier, bon, bien, vu que j'étais encore à Québec... Vous savez, j'aime ça aller faire des petites visites surprises dans les urgences. Hier, je suis allé à Saint-François d'Assise, juste ici, là, dans Limoilou, puis c'est ma deuxième fois que j'y vais. Et puis je veux saluer une dame, 94 ans, que j'ai vue hier soir. C'était sa fête. Elle fêtait sa fête à l'urgence, 94 ans. Notre population vieillit à l'urgence. Puis je veux juste qu'on se comprenne bien, puis je vais publier un petit graphique, là, parce que vous savez que j'aime comprendre les faits, la population vieillit, la population augmente. Ça fait que j'ai deux facteurs qui travaillent contre nous, là : plus de monde, plus âgé. Puis, si c'est plus âgé, ils vont plus à l'urgence, parce qu'ils sont... ils ont des maladies chroniques.

Malgré ça, vous avez dit tantôt : Soit stabiliser ou améliorer nos taux. Nos P.D.G. sont... nos P.D.G. sont pris avec ça, là, augmentation de volume, augmentation d'âge. Ça fait que qu'est-ce qu'il faut faire? Alors, vous me dites : C'est quoi, le plan de match? Parce que je les sais, vous les savez, les statistiques. Je les connais, puis on s'en parle assez souvent. Je fais le lien avec ce qu'on discute aujourd'hui, M. le député. C'est comment on travaille sur l'amont, qu'est-ce qui est en amont de l'urgence.

Puis, hier, il y a un excellent médecin qui me disait, à la visite... Il dit : M. Dubé, moi... Il dit : J'ai un problème particulier ici, à Limoilou, c'est que j'ai une clientèle vulnérable très forte, très, très intense, clientèle vulnérable qui n'est

pas juste la clientèle âgée, clientèle vulnérable qui arrive ici, j'ai beau leur donner une prescription, je ne sais même pas s'ils vont être capables d'aller à une pharmacie, je ne sais même pas s'ils ont un domicile, c'est très difficile de faire un suivi. Ça fait que ces gens-là ne devraient jamais aller à l'urgence, on est d'accord, puis ils devraient être pris par un médecin. Et c'est les gens dont je pense que notre député, Rosemont, parle aujourd'hui. C'est ces gens-là qui n'ont même pas les moyens de payer 200 \$, même si, pour certains Québécois, dire : C'est tellement important, je vais le payer parce que... Bon, je pense qu'on se comprend bien.

Ça fait que... Où vous avez raison... Puis, moi, c'est ça, mon plan de match. C'est que, là, en ce moment, on le sait, qu'on a fait des améliorations — je ne dis pas «tout amélioré» — mais là il faut travailler en haut de l'urgence. Puis c'est comme ça, que ce soit à Anna-Laberge... C'est ma Montérégie, là, on se comprend bien. Ça fait que j'en suis très conscient. Puis je parlais, hier, avec M. Gribbeauval, là, qui est le P.D.G. de Montérégie-Ouest. Il faut avoir des gestes concrets sur l'amont. La discussion qu'on est en train d'avoir ce matin ensemble, c'est justement ça.

Si le problème, c'est un problème d'offre de première ligne, comment on fait? Comme d'autres provinces ont peut-être fait... Puis là, tantôt, je donnais l'exemple de l'Ontario. Est-ce que c'est de dire : Oui, vous pouvez aller au privé, mais avec un tarif maximum? Je ne dis pas que c'est la solution, là, mais je pense que votre question est très bonne, parce que, là, on s'est rendu compte que, même après tous les efforts qu'on a faits depuis deux ans, j'ai encore 50 % et plus de mes visites à l'urgence qui sont des P3, P4, P5 et qui, en grande partie, ne devraient pas venir à l'urgence. Ça fait que, dans ce cadre-là, c'est ça qu'on est en train de regarder, c'est comment améliorer ça. Est-ce que c'est par des cliniques GMF qui sont... où on va s'entendre dans la prochaine négociation qui commence avec les omnis, de dire : Là, c'est beau, vous avez pris 900 000 personnes en charge au cours de la dernière année, mais les voyez-vous dans un délai raisonnable, pour qu'ils soient capables de dire : Bien, je n'irai pas à l'urgence parce que, oui, j'ai un rendez-vous demain? Là, je pense qu'on est rendus à la phase II de ça, là. Vous me suivez? On a...

Alors là, je vois le temps qui file, mais vous avez tellement raison de revenir sur les urgences, parce que, là, maintenant qu'on a travaillé sur des éléments... On a travaillé avec les omnis, avec les cliniques, avec la prise en charge, on a fait la cellule de crise dans les urgences, mais là il faut connecter tout ça puis d'être capables de dire : Bien, est-ce que c'est des tarifs maximums? Est-ce que c'est de limiter le nombre de personnes qui peuvent aller au privé? Mais vous avez raison de revenir avec l'urgence, parce qu'il est là, le bobo, puis il faut trouver une solution en avant du bobo. D'accord avec votre question.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le ministre. Je vais maintenant céder la parole à Mme la députée de Hull.

**Mme Tremblay :** Parfait. Alors, merci, M. le Président. Bonjour, chers collègues. Donc, très heureuse, moi aussi également, d'être ici ce matin pour parler de la santé.

Alors, on a abordé, là, différents sujets. Puis on est préoccupés par l'accès, puis l'accès, notamment, aux médecins de famille, qui n'est pas toujours facile, qui est difficile. Et ça, ça préoccupe mon ministre, ça préoccupe le gouvernement, puis c'est en ce sens-là qu'on pose des actions concrètes, des actions, M. le Président, pour valoriser la médecine familiale. Je pense que ça, c'est important.

Il faut augmenter le nombre de médecins de famille. Par ça... Il y a différentes actions qu'on pose, qui sont là présentement, puis d'autres qui seront à venir. D'ailleurs, le chiffre, présentement, est en augmentation au niveau des médecins de famille. Il y a 987 médecins, là. On veut augmenter le nombre de médecins. Présentement, il y en a 987 en date d'aujourd'hui. On en forme 51 de plus par année présentement qu'en 2021-2022. Parmi ceux-ci, là, il y en a 31 de plus qui vont choisir, parmi les 51, qui vont choisir la médecine familiale. C'est donc un pas qui est encourageant.

C'est sûr que, parmi les autres mesures aussi, il faut les soutenir, les médecins de famille qui sont déjà en exercice. Ça, ça passe aussi par la prise en charge collective des patients, dans les GMF, par d'autres professionnels pour venir soutenir nos médecins de famille — ça, c'est important — puis libérer de l'espace pour qu'ils puissent voir plus de patients.

D'autres mesures, puis celle-là, elle est importante, parce qu'on parle souvent de la lourdeur administrative, la fameuse paperasse, bien, il y a des actions qui ont été posées, notamment par le ministre de la Santé dernièrement, pour la réduction de la paperasse, le dédoublement de celle-ci. Ça va libérer, de mémoire, 138 000 rendez-vous. Ça aussi, c'est plus de temps pour voir des patients. Donc, ça bonifie l'offre et ça bonifie notre réseau public.

Également, on investit 900 millions pour le virage numérique. Ça, c'est important d'être plus efficaces, plus performants. Donc là, on va parler du dossier numérique, donc, qui va permettre d'avoir accès, à un seul endroit, à l'ensemble du dossier médical d'un patient.

Puis je vais parler aussi des PREM, là, les fameux plans régionaux d'effectifs médicaux pour attirer, justement, les jeunes médecins dans nos régions, parce que c'est important, puis on l'a nommé, de bonifier. Puis on est en Outaouais. On veut avoir plus de médecins, d'avoir accès aux médecins de famille.

Donc, évidemment qu'il reste du travail à faire de ce côté-là, parce qu'on... Bon, la hausse d'étudiants en médecine de famille, elle est là, mais elle doit être encore plus significative. Ça nous préoccupe. Mais on pose des actions qui sont concrètes parce qu'on veut la rendre plus attrayante, la médecine de famille, évidemment.

Aussi, on est responsables d'attirer puis de recruter dans notre système de santé. Puis là ça va m'amener... Parce qu'on veut bonifier l'offre, les soutenir, et, pour ça, ça prend plus d'infirmières, plus de préposés aux bénéficiaires. Et, ça aussi, on travaille sur ce front-là, évidemment. De quelle façon? Bien, on va chercher à l'étranger du... des infirmières. On parle de 1 000 infirmières qui vont venir de l'étranger. On est en bonne voie de le réaliser.

• (10 h 50) •

On a mis en place, là, puis moi, je suis à l'Éducation, là, des programmes de formation accélérés. Ça aussi, ça amène du personnel dans notre réseau. Ça vient bonifier l'offre. Donc, on a ramené 1 000 infirmières auxiliaires

supplémentaires puis on parle d'en ajouter 650 de plus pour venir soutenir le réseau. Aussi, les programmes accélérés de formation aux préposés, puis on a même annoncé dernièrement qu'on va avoir un nouveau programme pour les préposés à domicile, parce que venir soutenir les gens qui ont besoin de soins à domicile, ça aussi, c'est important, parce que c'est une autre façon de venir désengorger notre système de santé en améliorant les soins à domicile. Donc, on agit, évidemment, sur plusieurs fronts.

On a aussi parlé... Mon collègue a parlé aussi, là, de toutes les conditions de travail. Ça aussi, c'est important pour moi, puis je sais à quel point c'est important pour le ministre de la Santé.

Donc, ce qui est clair aujourd'hui, c'est qu'on est en action, comme gouvernement. Est-ce que la situation, elle est facile? Est-ce que le portrait est rose en tout temps? Non, mais on est en action puis on se parle aujourd'hui, tout le monde ensemble. Puis ça, je pense que c'est important de le faire, de s'entendre, de se parler mais de surtout rester dans l'action. Puis c'est de ça que je viens de vous parler, des actions, des gestes concrets, des mesures que l'on pose, puis surtout des mesures que l'on va continuer de poser pour bonifier l'offre, pour désengorger nos urgences et pour rendre toujours plus accessible notre... nos médecins de famille. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, Mme la députée. Nous poursuivons nos échanges. Et, cette fois-ci, je redonne la parole au député de Rosemont.

**M. Marissal :** Oui. Merci. Merci, M. le Président. Là, ça va être mon dernier bloc de cinq minutes avant... avant de repasser la parole aux collègues, puis j'aurai le mot de la fin. C'est le privilège d'un interpellateur. C'est un beau mot, ça, «interpellateur».

Que ce soit clair, là, que ce soit très clairement dit, là, mon point, ici, n'est pas de développer, de favoriser et de pérenniser une forme d'offre privée en santé. Je comprends, je comprends...

**Une voix :** ...

**M. Marissal :** ...oui, qui s'est... qui s'est muté en interrogation, je pense. Je ne veux pas parler pour lui. Mais mon point n'est pas celui-là, et c'est très, très clair. De toute façon, je pense, je suis assez transparent là-dessus. Je suis décomplexé quant à cette chose, alors...

Non, mais on est pris avec ça. Puis je vous les ai donnés, les chiffres, là. J'en ai plein d'autres que je peux partager avec vous. Il y a, en ce moment, ce que j'appelle de l'exagération. Il y a une glissade. Puis regardez ce qui s'est passé avec la dentisterie. Avec la dentisterie, en principe, il y a une grille, hein? Tu sais, l'Ordre des dentistes... Mais ce n'est pas suivi. Puis, selon que vous êtes dans un endroit ou un autre, ça ne va pas vous coûter la même chose. Puis c'est un petit peu... c'est un petit peu, je dirais, à la tête du client ou à la tête du dentiste, là, selon ce qu'on va charger.

Et, je l'ai dit, s'il y a quelqu'un qui peut faire 1 \$, quelqu'un va penser qu'il peut faire 1,20 \$, il va faire 1,20 \$. C'est... c'est dans la nature de la bête. Tous les gens, en santé, ne sont pas tous des apôtres de la médecine communautaire. Puis il y a beaucoup d'argent à faire en santé. C'est un immense marché, au Québec, là, la santé, là. Déjà, en santé, en privé au Québec, là, il se dépense autour de 20 milliards par année. Je ne me souviens plus le chiffre astronomique parce que je ne suis absolument pas capable de compter jusque-là, là, mais l'argent qui est offert en santé dans le monde, là... C'est le plus gros marché possible et imaginable, et on le voit tous les jours.

Alors, que ce soit dit, là, je ne suis pas là pour trouver une façon de pérenniser l'offre privée. Je suis là pour, dans un premier temps, éteindre un feu. Dans le pire monde qu'on est en train de vivre là, c'est-à-dire le développement du privé, j'essaie de trouver la moins pire des solutions, c'est-à-dire au moins protéger notre monde, au moins protéger notre monde. Je n'ai pas eu d'engagement de la part du ministre là-dessus, si ce n'est celui, et je ne suis pas sûr que c'est un engagement, je vais lui laisser le dire, au moins de regarder ça, de penser à une façon de le faire. Le Manitoba l'a fait. Il m'a parlé de l'Alberta, de l'Ontario. Je peux vous parler de la Nouvelle-Écosse aussi parce qu'on a fait nos devoirs. C'est possible.

Puis, en passant, c'est la même logique que pour les agences de placement. Le ministre l'a dit, il l'a dit, qu'il y a des abus. Puis on les a vus, les abus, là, jusqu'à 450 \$ de l'heure en Abitibi-Témiscamingue à une certaine époque. Je veux dire, là, c'était... ce n'était même plus de l'abus, là. Je ne sais pas, l'autre bord de l'abus, c'est quoi, là. C'est... c'est de l'outrecuidance ou que sais-je encore. En tout cas, c'est certainement du côté de l'indécence, là.

Moi, je pense que, s'il y a moins d'argent à faire et qu'on passe le message que l'argent n'est pas facile à faire en santé, il va y avoir moins d'intérêt pour ouvrir des cliniques à gogo, là, hein, les cliniques qui s'ouvrent partout.

Et il y a un autre front, puis je pense qu'on s'approche d'une tempête parfaite au Québec, les médecins omnibus vieillissent. Et ce n'est pas vrai qu'on les recrute. Il en manque. C'est encore sorti dans les journaux ce matin. Il en manque, puis on rate systématiquement nos cibles de recrutement. Alors, il en manque, des médecins. Ils vieillissent. Moi, on me dit, là, à la FMOQ, là, qu'il y a trois, quatre demandes d'information sur la retraite chaque semaine. Regardez les statistiques des ministres, des... pas des ministres, mais des médecins. Ils vont partir à la retraite, ces gens-là.

Et là il y a autre chose qui se développe. Ce sont les IPS qui, aussi, se mettent à ouvrir des cliniques. Elles s'incorporent, elles ouvrent des cliniques privées, et, là non plus, il n'y a pas de tarif. Puis c'est vrai que c'est une offre qui est intéressante, parce qu'on n'a pas toujours besoin d'un médecin. Puis les IPS, qui sont bien formées, sont extraordinaires, font un travail valable.

Mais moi, je pense que, s'il y a moins d'argent à faire, il va y avoir moins de monde qui vont ouvrir de ce genre de nouvelles cliniques là, et, au moins, on passerait le message, mais surtout, surtout, et c'est ça que je veux que vous reteniez, là, protéger notre monde, protéger notre monde, qui peuvent être dans des situations vulnérables, qui vont devoir

payer, alors qu'ils ont déjà payé leurs impôts toute leur vie puis qu'on leur a dit qu'il y aurait un système de santé. Parce qu'en ce moment il y a clairement de l'abus, et ça n'ira pas en s'améliorant, justement parce qu'il y a une offre qui est beaucoup trop grande.

Il y a un gouvernement, en ce moment, c'est celui de la CAQ, on respecte ça, c'est la démocratie, un gouvernement majoritaire, et ce gouvernement-là prend ses décisions. Je l'ai dit, si j'étais de l'autre côté, je prendrais d'autres décisions. Mais, en attendant, je pense qu'on peut travailler ensemble pour protéger notre monde, mettre un plafond. C'est le moins qu'on puisse faire en ce moment.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. M. le ministre.

**M. Dubé :** Merci beaucoup, M. le Président. Puis je pense, M. le député, que cette conversation-là permet, là, par les questions qui ont... qui ont été échangées, de préciser votre question puis votre position. Ça fait que ça a déjà ça de très bon, parce qu'on peut s'entendre ici, dans les quatre partis, à voir comment la discussion pourrait continuer.

Puis c'est pour ça, tantôt, j'ai ouvert le parallèle avec la main-d'oeuvre indépendante puis le projet de loi qu'on a fait ensemble, parce qu'on a travaillé sur deux aspects. Je le rappelle, on a dit : C'est quoi, notre objectif à moyen, long terme? On s'est donné un horizon de trois ans parce qu'on a dit : On ne peut pas, en criant ciseau, enlever le pansement, puis boum! on arrête tout ça. On était conscients que ce n'était pas possible de faire ça. Ça fait qu'on a trouvé une période de transition. Mais, deux, on s'est entendus que les tarifs étaient problématiques, hein? Votre expression du far west... On l'a vu, effectivement, dans les agences privées. Ça fait que je pense qu'on s'entend sur le parallèle.

Moi, ce que je dis aujourd'hui, quand vous me demandez un engagement... Je l'ai déjà dit, cet engagement-là, puis c'est pour ça, tout à l'heure, que j'ai pris la peine de dire : On a déjà commencé à discuter. Oui, il y a la question des tarifs qu'on va regarder, qu'on est en train de regarder, parce que moi, j'ai fait l'analyse non seulement de ce qui se faisait au Canada pour bien comprendre... C'est pour ça, tantôt, que je vous disais : Assurons-nous qu'on comprend. C'est-tu le médecin qu'on vise? C'est-tu la clinique? Toute la discussion qu'on a eue dans la première période.

Mais je pense qu'il y a d'autres méthodes pour améliorer l'offre, tu sais. Alors, améliorer l'offre, pour moi, puis j'ai des discussions avec le Dr Amyot, c'est comment on augmente les médecins. Parce que, tout à l'heure, ma collègue l'a bien dit, on a travaillé beaucoup, mais ce n'est pas encore parfait. Il y a encore des médecins qui n'appliquent pas. Oui, on a augmenté le nombre. En absolu, on a augmenté le nombre, puis ça, c'est déjà bon, parce qu'on forme plus de médecins, mais il y a encore des gens qui n'y vont pas. Alors, il faut absolument améliorer ça aussi.

Bon, alors, les tarifs, c'est une chose, la formation des médecins, c'est une chose, mais je pense que... Où on s'entend, c'est que le problème, il est urgent. Et, quand... Puis vous êtes prêts à faire un peu des... je vais dire, des compromis dans... puis là je ne veux pas dire le dogme, mais dans... philosophiques, tiens, je vais le dire comme ça. Bien, c'est parce qu'au moins vous réalisez, puis c'est tout à votre honneur, que ce qui est urgent, c'est de donner l'accès au public, de façon universelle, à des tarifs corrects. C'est là-dessus qu'il faut trouver... Puis c'est là, moi, que je dis : On a déjà commencé cette analyse-là.

La chance qu'on a... Bien, avant de dire «la chance qu'on a», je veux juste... Moi, ce que je suis en train de faire avec mon équipe depuis quelques mois, là, depuis qu'on a réglé la MOI puis qu'on s'est sortis de la contestation de ça, moi, je me dis : Quel est le meilleur moyen ou les moyens pour accomplir ça? Puis je vous explique. Si on considère de jouer dans les tarifs, est-ce que je suis dans la Loi de la RAMQ, dans les règlements de la RAMQ? Est-ce que je suis avec l'entente des médecins? On l'a vu, là, on peut même faire un projet de loi, on peut même faire des règlements, puis ça va être contesté en cour, ce qui est arrivé avec l'appel d'offres. Ça fait que, si on décide qu'on prend la route des tarifs, puis je ne dis pas que c'est ça qu'on va faire, là, mais je veux juste qu'on se comprenne bien qu'il va y avoir, parce qu'on va inciter des gens à changer de comportement... Quelle est la meilleure voie pour arriver là?

• (11 heures) •

Alors, je me dis que, quand ça fonctionne en Ontario, où ils ont dit : O.K., vous pouvez être au privé, mais avec des tarifs acceptables... Puis là je ne parle pas des cliniques chirurgicales, là. Je parle vraiment des... ce que vous voulez faire. Et je vous rappellerais, juste à titre de comparaison... Pour ça que je vous dis : On n'invente pas ça ce matin. Mais je suis content de savoir qu'on peut se rejoindre à quelque part dans l'urgence de le régler, ce que vous venez de dire. Si... J'ai regardé en Europe. 50 % des hôpitaux, en Europe, et des consultations sont privés, mais avec une tarification aussi. Ça fait que je pense qu'on... Ma mère dirait : On n'est pas en train d'inventer le bouton à quatre trous. C'est important de regarder tout ce qui... tout ce qui se fait ailleurs.

Mais moi, je veux juste être sûr que la route qu'on va prendre, qu'elle soit une route de négociation avec les fédérations, si on a besoin d'aller là, la route avec la RAMQ, la route avec des projets de loi ou des règlements... Mais la chose qui m'encourage ce matin, là, dans ce bloc-là avec vous, c'est qu'on s'est déjà entendus ensemble sur un autre qui s'est appelé la MOI. S'il fallait aller par projet de loi, puis on s'entend qu'il faut faire ça, bien, moi, ce que j'entends ce matin, c'est que j'aurais votre collaboration là-dessus, parce que, on le sait, ça a bien été dans ce projet de loi là.

Ça fait que j'arrête là pour vous dire : Je pense qu'on peut prendre nos engagements de continuer à travailler et à bien s'entendre sur ce qu'on veut accomplir, c'est-à-dire protéger le public. C'est ça, notre objectif.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. Merci beaucoup, M. le ministre. Je vais recéder la parole au député de Richelieu.

**M. Émond :** Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Je vous parlais tantôt de rattrapage en chirurgie. Mon deuxième bloc va être là-dessus.

Mais je me permets... J'ai été en communication avec mon équipe, M. le Président. J'ouvre une petite parenthèse. Puis là je les vois... je les vois, à distance, avoir des sueurs, là. Quand j'ouvre des parenthèses, ils n'aiment pas ça. Mais tout ça pour vous dire que je planifiais mon retour dans la région, à Sorel-Tracy, puis je leur disais que j'étais pour emprunter la 40 pour prendre le traversier, M. le Président, Berthier vers Sorel. Pourquoi je vous parle de ça? Parce que, peut-être un peu nostalgique en ce vendredi matin, c'est à la sortie de ce même traversier que j'ai rencontré pour la première fois notre ministre de l'Éducation en 2012, à la première campagne électorale. Et, lors de ma première discussion avec l'actuel ministre des... de la Santé, rapidement, M. le ministre m'a parlé de données. On parlait de nos passés respectifs, là, puis, dans le domaine privé, là, c'est connu de tous, M. le ministre est un fervent des données. Et je consultais, avant de préparer mon deuxième bloc d'intervention, les tableaux de bord mis de l'avant par M. le ministre et son équipe, et ils sont assez éloquentes quand on parle de rattrapage en chirurgie.

Je vous donne des exemples, M. le Président. Bien, ma parenthèse est refermée, là, vous l'aurez remarqué. J'ai terminé de parler du traversier de Sorel-Berthier. Concernant le rattrapage en chirurgie, les chiffres, à la fin février, démontrent un inversement de tendance, M. le Président, baisse du nombre de patients en attente de plus d'un an. On est passés de 13 000 à 12 000... le chiffre exact, attendez un petit peu que je regarde dans les tableaux, 13 399 à 12 221. Chaque chiffre compte, parce que c'est une personne, M. le Président, derrière ces chiffres-là. Baisse dans le nombre total de chirurgies en attente de 4 700 chirurgies. On est passés de 166 000 à 161 000. Je vous donne, encore une fois, à l'aide des tableaux de bord, les chiffres exacts. 166 502, on est passés à 161 760. C'est une variation de moins 2,85 % avec la période précédente. Baisse du nombre de chirurgies oncologiques en attente de plus de 56 jours, passé de 702 à 485 jours. C'est quand même une baisse, M. le Président, je vous vois faire votre calcul mental, de 30 %.

Et tout ça pour dire qu'il ne faut absolument pas baisser les bras, parce que, on le voit depuis janvier, il y a une tendance à l'amélioration dans nos chirurgies. Rappelons-nous qu'il y en avait à peu près 100 000 avant la pandémie. Et c'est à ces chiffres-là qu'on veut revenir, et même mieux. On sait que ce sont des objectifs qui sont ambitieux, mais c'est exactement ça qu'on a besoin de faire pour nos patients et nos patientes.

Le MSSS doit s'assurer, M. le Président, que les établissements gardent leurs salles ouvertes jusqu'à la fin du programme. On doit s'assurer de faire mieux connaître le programme de volontariat au personnel de la santé pour des blitz. C'est important de faire suivre le nombre de fermetures de salles d'opération... prématurées, pardon, quotidiennes, 150 par jour, pour éviter les annulations de chirurgies. On demande aux établissements d'optimiser tout le temps opératoire disponible. On est déjà passés de 7 % à 6 % dans les chirurgies repoussées. Et, du côté des médecins de la FMSQ, il faut s'assurer que les patients qui attendent depuis le plus longtemps soient la priorité des chirurgies pour toutes les spécialités à l'échelle du Québec. Alors, il faut pouvoir rattraper, M. le Président, le retard par spécialité et par région, et c'est pour cette raison qu'a été mise en place une équipe dédiée aux chirurgies, comme on l'a fait pour les urgences.

Ça m'amène à vous parler de l'équilibre, M. le Président, entre les chirurgies et les urgences, parce que c'est une situation qui est similaire à ce qu'on vit dans nos urgences. Quand on manque de personnel, ça a un impact sur les étages de chirurgie, bien entendu. Alors, c'est aussi le défi de l'équipe... dédiée, pardon, de trouver cet équilibre pour atteindre nos objectifs à l'urgence et en chirurgie. Ce sont des objectifs que nous souhaitons atteindre à travers nos négociations, bien entendu, dans les ententes-cadres avec les médecins. Et, pour ce qui est de la main-d'oeuvre et des conditions de travail, on doit faire en sorte d'attirer et de retenir le personnel.

Et ça me rappelle... ça me ramène, M. le Président, à ma conclusion du premier bloc, mais que je réitère, encore une fois, l'importance de mettre de l'avant, de discuter de ce qui se fait de bien dans notre réseau de la santé. Les gens, les femmes et les hommes qui y sont travaillent d'arrache-pied, font de belles choses, comme en éducation, comme partout dans le secteur public, et c'est important de mentionner les bons coups. C'est comme ça qu'on va se permettre d'attirer davantage de gens dans notre réseau. Et je vous remercie. M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** M. le député de Pontiac, vous prenez la relève.

**M. Fortin :** Sur le même sujet, M. le Président. Ça tombe bien. Quand on a commencé la discussion sur les chirurgies, là, au début du... au début du mandat, on a vraiment mis un effort soutenu pour, de notre côté, là, mettre de la pression sur le gouvernement, notamment pour des chirurgies oncologiques qui étaient hors délai et pour des patients qui attendaient depuis plus d'un an leurs chirurgies. Pour nous, ce sont des... ce sont des gens qui ont attendu assez longtemps, là, ou qui ne peuvent pas se permettre d'attendre. Quand on parle des chirurgies oncologiques hors délai, l'objectif du ministre, c'est d'en avoir zéro, là, des chirurgies oncologiques hors délai, mais il y en a. Il y en a encore, et ça demeure impensable, inacceptable de faire vivre ce délai-là aux patients et à leurs familles.

Mais le ministre met souvent de l'avant le fait que, ah! il y a moins de gens. Les derniers mois, disons, ce mois-ci, là, dans les nouvelles données qu'il publie, il y a moins de gens qui attendent depuis plus d'un an, il y a moins de gens qui attendent en chirurgie oncologique. On lui avait demandé de se concentrer là-dessus. Il nous arrive avec ces données-là. On a fouillé un peu, par exemple, M. le Président, et là j'ai le tableau de bord devant moi. Alors, je sais que le ministre aime ça parler de chiffres. Je vais lui... je vais lui présenter des chiffres puis lui demander qu'est-ce qui se passe.

Si je compare à l'an dernier au niveau des chirurgies réalisées, hein, parce que c'est un plan de rattrapage — plan de rattrapage, ça veut dire essentiellement, on en fait plus, on fait plus de chirurgies — total des chirurgies réalisées : P10 l'an passé, 27 249, P10 cette année, 26 800; P11 l'année passée, 31 400, P11 cette année, 31 700. Total des chirurgies réalisées... Bien, vous allez me dire : P12, ça ne compte pas, il y a eu des jours de grève, là. Je l'enlève, là. Mais vous comprenez qu'on est à peu près... On fait à peu près le même nombre de chirurgies cette année qu'on en a fait l'an

passé. Quand je regarde les patients de plus d'un an, M. le Président, P10 l'an dernier, 1 600, P10 cette année, 1 400. On regarde P11 l'an dernier, 1 900, P11, période 11, cette année, 1 700. On n'en fait pas plus, que ce soit... Puis je pourrais ressortir la même analyse pour l'oncologique, là. C'est la même chose, O.K.? Donc, peu importe, que ce soit au niveau du total des chirurgies réalisées, au total des chirurgies réalisées pour des patients qui attendent depuis plus d'un an ou au total des chirurgies réalisées pour des patients oncologiques, on ne fait pas plus de chirurgies cette année qu'on en a fait l'an dernier.

Mais les chiffres du ministre, c'est-à-dire qu'il y a moins de gens sur la liste, là, à part le total des gens qui attendent pour une chirurgie, le chiffre, ça s'améliore. Alors, quand on pose la question aux gens du réseau, ils nous disent, essentiellement, deux choses : On ne fait pas plus de chirurgies qu'avant. Alors, pourquoi ces chiffres-là changent? Parce qu'il y a des patients qui vont se faire opérer au privé privé — là, on ne parle pas du privé subventionné par l'État ou remboursé par l'État, on parle du privé privé — ou encore on a nettoyé les listes. Il y a des gens qui sont décédés sur ces listes-là. Il y a des gens qui n'ont peut-être plus besoin de la chirurgie, ou peu importe, là. Mais on ne fait pas plus de chirurgies que l'an dernier.

• (11 h 10) •

Alors, à la lueur de tout ce que le député de Sorel... j'oublie le nom officiel... Richelieu vient de nous présenter, c'est-à-dire les initiatives du gouvernement, le groupe... le groupe tactique, là, je ne me souviens plus comment il a appelé ça, là, l'équipe dédiée chirurgie, bien, on ne fait pas plus de chirurgies. À la lueur de tous les contrats qui sont donnés aux CMS pour faire des chirurgies remboursées par l'état, on ne fait pas plus de chirurgies.

Je veux que le ministre nous explique, là. Et il nous a dit tantôt, là, il y a... il y a un vieillissement de la population. Donc, les besoins vont continuer de grandir. Mais on ne fait pas plus de chirurgies aujourd'hui que l'an dernier. La tendance, elle est exactement pareille. Alors, est-ce qu'il peut nous expliquer... Puis j'abdique le dernier 30 secondes, M. le Président. Est-ce qu'il peut nous expliquer pourquoi on est incapables, même avec tout ce que le député de Sorel nous a présenté, même avec le recours aux CMS, d'opérer plus de Québécois?

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

**M. Dubé :** Bien, écoutez, M. le Président, là, la question du député de Pontiac est très pertinente, parce que, quand on a les... quand on a les bons chiffres, on peut avoir la bonne discussion. Ça fait que je suis content de voir que maintenant on peut au moins s'entendre sur les chiffres. Puis on peut avoir des discussions, effectivement, plus constructives quand on fait ça.

Quand on a fait le plan de rattrapage, puis vous l'avez bien dit, avec le focus sur plus qu'un an puis oncologique, ça fait deux fois qu'on s'ajuste, là, parce que, lorsqu'on voit des avancées... Moi, j'étais content de voir qu'on est passés de 22 000 chirurgies en retard de plus qu'un an... Et, après ça, j'ai dit : Comment ça se fait qu'on n'est pas capables d'atteindre le 7 600, qui était l'objectif intérimaire? Parce que, moi, ce qui est... Puis vous n'êtes peut-être pas tous d'accord avec ça, mais, quand on donne des objectifs intérimaires, ça met encore plus de pression, vous le savez. Mais l'objectif, c'est de revenir au niveau prépandémique à la fin de 2024, mais on a pris le risque d'en mettre un intérimaire.

Et là, en faisant les analyses que vous êtes en train de... Là, vous... Je ne veux pas rentrer dans ce détail-là ce matin. Parce que, là, vous les regardez globalement. Vous le regardez à l'échelle du Québec. Puis vous avez... Vous êtes capable, même, de cliquer puis de dire : Est-ce que cette tendance-là, stable, elle est la même partout? Puis là vous allez voir qu'il y en a, des régions qui ont mieux fait que d'autres, puis il y a des régions qui ont moins bien fait que d'autres.

Puis, sans trop rentrer dans le détail, je vous donne l'exemple. Les chirurgiens, à raison, ils ont dit : Nous, on veut opérer, hein, on veut opérer. Parce qu'eux autres sont payés à l'acte. Ils sont payés à la chirurgie. Et là ils nous ont dit : Bien, c'est vos heures d'ouverture, les problèmes, entre autres. Puis ils ont raison. Parce que moi, je voulais qu'on passe, par exemple, de 6 % des chirurgies en retard à 10 % de nos chirurgies. Si... Admettons qu'on est pris à faire le même nombre de chirurgies parce qu'on n'a pas plus de personnel, on peut-tu s'entendre qu'on met plus encore que pour les 30 000 chirurgies que vous m'avez montrées tantôt? J'en ferais plus de plus qu'un an. Mais là ils disent : On ne peut pas parce que, le bloc opératoire, il y a des endroits qui ferment avant 4 heures. Vous vous souvenez, on a eu ces discussions-là.

Bien, j'ai dit : Comment ça se fait que, dans certaines régions, on n'a pas ce problème-là ou moins ce problème-là? Ça fait que, là, on a demandé à tous les P.D.G. de suivre combien de cancellations de chirurgies se fait tous les jours, tous les jours. En moyenne, c'est 150. Je dois dire que, sur à peu près 1 200 chirurgies par jour, donc 37 000 chirurgies, 150, c'est beaucoup, là. C'est plus que 10 % de toutes les chirurgies qui sont cancellées à tous les jours. Puis ça, c'est encore pire. C'est un... c'est un Québécois qui s'est présenté à l'hôpital, puis on lui dit, à la dernière minute : Bien, désolé, là... on ne peut pas garder la salle ouverte jusqu'à 4 heures puis on va vous donner un autre rendez-vous. Moi, je dis : C'est totalement inacceptable. C'est plus que 10 %.

Pourquoi je vous dis ça? C'est que, là, on est en train de vérifier puis là on le suit, là. J'ai dit : O.K., on va renvoyer une directive à tout le monde. On a fait ça, là, il y a une semaine, il y a 10 jours, je ne me souviens plus, là, puis on a dit : Là, là, je veux le voir, à chaque réunion de P.D.G., lesquels ont encore le 10 % de cancellations. Puis ça, je n'ai pas parlé d'augmentation, là. J'ai juste... dire de régler notre problème interne. Ça, là, c'est le ministère, c'est nos opérateurs qui doivent faire ça.

Deuxième question, j'ai dit : Maintenant, comment se fait-il... Puis là je ne veux pas insulter le député de Rosemont, là, mais on a des chirurgies au privé avec les CMS. On a des ententes. La façon dont on travaille en silo en ce moment, c'est que, mettons, les Laurentides vont me dire ou Gatineau va me dire : Bien, moi, je n'en ai pas, d'entente de CMS, ça fait que je ne peux pas. Bien, c'est quoi, cette affaire-là? Y a-tu des ententes avec des CMS qu'on a faites, qui

seraient disponibles pour prendre du temps, peu importe la région? Puis la réponse, c'est qu'ils nous disent, les CMS : J'en ai, du temps de disponible. Ça fait que, là, on a renvoyé une autre directive puis on a dit à ces gens-là : Bien là, vous allez vous arranger entre vous autres pour baisser la liste puis augmenter la production. Parce que, vous avez raison, baisser la liste, c'est une chose, mais augmenter la production pour qu'on aille à 38 000, à 39 000... Puis c'est comme ça qu'on va baisser nos...

Je le dis souvent, M. le député, ça ne va pas assez vite à mon goût. Mais, quand, au moins, on met des cibles intérimaires puis qu'on dit à nos gens : Bien, regardez, là, moi, je n'attendrai pas à la fin de 2024 pour prendre d'autres mesures, là, je vois qu'on va arriver pas mal serrés dans cet objectif-là... Vous pouvez bien parler de la grève. Je n'en parle pas, là, O.K.? Mais ce que je vous dis, c'est qu'à chaque fois qu'on met des cibles intérimaires puis qu'on voit qu'on a besoin de retravailler... Ça fait que vous avez raison, mais...

**Le Président (M. Provençal) :** Merci.

**M. Dubé :** Vous allez continuer de me questionner là-dessus, puis je vais vous... je vais continuer de vous dire : Voici comment on va travailler là-dessus.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Hull, vous prenez la suite?

**M. Marissal :** C'est un point d'ordre. C'est que le ministre vient de parler d'une directive. Je me demandais seulement s'il était possible pour lui de la déposer pour fins de discussion.

**M. Dubé :** Il y a deux directives. Alors, je n'ai aucun problème.

**Le Président (M. Provençal) :** Ce sera fait.

**M. Dubé :** Je vais... Il y a des gens qui nous écoutent, là. Je vais m'assurer que je vous en donne une copie. C'est... Je vous dirais que ça date d'une dizaine de jours, là. Je peux me tromper de...

**M. Marissal :** Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Mme la députée.

**Mme Tremblay :** Alors, M. le Président, donc, à nouveau, je vous reviens, parce que... Bon, tantôt j'ai parlé de bonifier l'offre, mais ce qui est important aussi, toujours pour permettre... désengorger nos urgences puis toujours dans l'esprit de l'accès, d'un meilleur accès à la première ligne, c'est aussi de diversifier l'offre puis c'est en ce sens que le gouvernement travaille. Puis, quand le gouvernement travaille, aussi, c'est toujours dans le sens d'avoir un système qui est plus performant, plus efficace puis plus humain.

Mais, diversifier l'offre, on a annoncé une mesure qui est prometteuse dernièrement, en mai dernier. Ça a été annoncé par ma collègue qui est ministre déléguée à la Santé et aux Aînés et le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Dr Vincent Oliva, et là je parle de l'hospitalisation à domicile. Ce que ça veut dire, ça veut dire qu'on va prendre des patients et qu'on va les amener... on va les soigner chez eux, dans le confort de leur foyer. C'est ce qu'on va faire. C'est une mesure qui est prometteuse. C'est... Il y a déjà des projets pilotes. Je vais y revenir un petit peu plus tard.

Mais je vais me permettre de citer la ministre, justement, qu'est-ce qu'elle a dit en mai dernier : « Cette approche contribuera à améliorer l'expérience patient, à désengorger les urgences — puis ça, c'est important, libérer, désengorger les urgences, c'est l'accès aux médecins — et à améliorer la qualité et la performance de notre réseau. Notre gouvernement est en action afin d'offrir un meilleur accès aux soins et une organisation du travail améliorée. » Parce que c'est important de regarder ça dans son ensemble puis d'avoir une meilleure organisation du travail.

Oui, M. le Président, cette mesure, bien, ça va viser, justement, le rétablissement d'un patient, comme je l'ai dit, dans le confort de son foyer, mais ça va permettre de libérer des lits dans nos hôpitaux, donc, créer de l'espace pour ceux qui en ont besoin, les amener sur les étages. Amener des patients sur les étages, ça veut dire directement désengorger nos urgences, moins de temps aux urgences. Donc, on parle ici, là, de libérer jusqu'à 800 lits. On a huit projets pilotes, comme je l'ai mentionné, présentement. C'est déjà en cours dans la grande région de Montréal, dans la région de Québec également. Puis l'objectif, c'est de déployer l'hospitalisation à domicile, donc, la première... d'ici 2026.

Évidemment que ça va être sur une base volontaire. On n'enverra pas quelqu'un qui n'est pas prêt, qui ne le souhaite pas chez lui. Mais, ceci dit, on pense que c'est une bonne façon, hein? On dit : On veut un système plus humain. C'est une façon de traiter... différente mais plus humaine de traiter les patients. Évidemment, quand on les envoie chez eux, c'est avec un service, hein, il va y avoir un service. Il y a un service 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Il y a toujours une infirmière de disponible.

Puis ça m'amène aussi à vous dire qu'on est rendus là. Puis pourquoi qu'on est rendus de plus en plus vers là? Bien, il y a aussi toute l'intelligence artificielle, d'être capables d'avoir des données à distance, en temps réel, d'un patient qui est chez lui. Ça veut dire quoi, ça? Ça veut dire... On est capables de mesurer en tout temps sa pression artérielle, elle peut être surveillée en tout temps, électrocardiogramme, son taux de sucre dans le sang, son taux d'oxygène, donc, en temps réel. Et, s'il y a un problème, on peut appeler directement le patient puis lui dire : Vous devez vous rendre à l'hôpital.

• (11 h 20) •

Évidemment, il y a plusieurs services qui peuvent être offerts dans l'hospitalisation à domicile, qu'on parle de réadaptation, des personnes qui souffrent de maladies chroniques, qui séjournent parfois plusieurs semaines à l'hôpital, ceux qui sont en... qu'on doit suivre à la suite d'une chirurgie. Donc, l'hospitalisation classique, telle qu'on la connaissait, elle sera modifiée par ça, puis je pense que c'est bon. Puis je l'ai dit, pourquoi, ça va libérer des lits dans nos hôpitaux.

Les médecins spécialistes... Le Dr Oliva est heureux de ça, je l'ai dit. Les médecins spécialistes croient fortement à l'hospitalisation à domicile. Ils ont engagé des efforts et des investissements importants pour la mise en oeuvre de ce projet-là. Donc, c'est une façon qui va diversifier. Puis ça nous amène, justement, à avoir toujours ce système public là puis cette première ligne là toujours plus accessibles. Et, je l'ai dit, notre gouvernement, je l'ai dit tantôt, mais je le répète, est dans l'action, dans l'action pour que le système de santé soit, oui, plus attrayant, qu'il soit plus humain et plus performant.

Je pense qu'en... En terminant, puis il me reste quelques minutes, je tiens à souligner aussi le travail qui se fait dans nos... dans l'ensemble du réseau par les professionnels, les médecins, l'ensemble du personnel de la santé. Ce n'est pas toujours facile, mais on est là, on est en action, on se parle. Le gouvernement pose des actions. Puis c'est pour ça, je pense, qu'on est réunis, tout le monde ici ce matin, ensemble, avec les oppositions, parce qu'on souhaite l'amélioration du système. On pose des actions concrètes. C'est important pour le personnel, je l'ai dit, du réseau de la santé, mais c'est important pour l'ensemble des Québécois puis des Québécoises. Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** ...Mme la députée. On va maintenant céder la parole au député de Jean-Talon.

**M. Paradis :** M. le ministre, chers collègues. Merci au député de Rosemont de nous permettre de parler du privé en santé.

Il y a quelques semaines, une citoyenne de la circonscription de Jean-Talon se présente à l'urgence le matin avec un cas vraiment grave. Elle attend des heures et des heures, incapable de voir qui que ce soit. Elle rentre à la maison, fait appel à la télémédecine, 300 \$. Munie de son diagnostic, elle retourne. Elle entre aux soins intensifs, où elle est restée une semaine. Le nombre de personnes qui viennent me voir et me disent : Bien oui, mais on se fait dire ça partout dans le système de santé : Allez au privé, vous voulez des services, allez au privé.

Alors, on a entendu le premier ministre parler en Chambre hier d'idéologie contre le privé. Moi, j'aimerais parler des mythes sur les coûts et les impacts du privé, que c'est moins cher, c'est plus efficace, et que parfois on célèbre ça.

Le fait est que le privé prend de plus en plus de place et que ça coûte cher. Les... Le nombre de chirurgies pratiquées par le privé dans le service public, là, ou à la demande du service public, sans frais pour les patients, entre guillemets, c'est plus de 61 000 en 2022-2023. Le gouvernement s'en vante presque. 20 % des soins de santé sont donnés par le privé.

Et là on dit : Les patients paient avec leur carte d'assurance maladie, comme si ça ne coûtait rien. Mais il y a quelqu'un qui paie la facture, là, derrière ça. C'est les Québécois qui paient le recours aux cliniques médicales spécialisées, 500 millions sur cinq ans. Une opération au privé, ça peut coûter jusqu'à deux fois et demie plus cher qu'une opération dans le public. C'est évident, c'est des gens qui sont là pour faire de l'argent. Inversement, il y a des médecins qui travaillent au public qui ont gagné en efficacité. La facture pour les chirurgies d'un jour a diminué de 11 % pour les opérations de la cataracte, 38 % pour les coloscopies longues et 13 % pour les coloscopies courtes.

Dans l'état actuel des choses, voir un médecin spécialiste au public, 341 jours, au privé, 10 jours. Donc là, les gens qui peuvent se le permettre vont au privé. Le public envoie même les gens au privé. Ça, ça accentue le drainage de la main-d'oeuvre par le privé et la désaffiliation des médecins du système public. En fait, on est devenu le champion canadien des soins de santé privés. 17 janvier, 720 médecins non participants à la RAMQ, hausse de 57 % en cinq ans. C'est aujourd'hui 3,27 % de l'ensemble des médecins. C'était environ 2 % en janvier 2019.

Les agences de placement maintenant. Le recours aux agences privées, c'est aussi un enjeu. On apprenait que... récemment, que certains employés de ces agences-là gagneraient jusqu'à trois fois plus cher que les employés dans le réseau. Donc, c'est important de régler, là, le bout qu'il reste à régler avec les infirmières. Je sais qu'on a adopté la loi n° 10, mais, en janvier 2023, on était à 8 % du taux de main-d'oeuvre indépendante, et ça coûtait 1 milliard. Aujourd'hui, 14,4 %, et ça coûte combien, ce recours-là aux agences? 1,8 milliard de dollars. C'est nous qui payons ça.

L'incorporation des médecins, c'en est une autre, forme de privatisation, ça. On fait comme si les médecins sont des corporations, avec des avantages fiscaux très coûteux pour l'État québécois qui viennent avec ça. Puis c'est une fiction, là. On le sait très bien, là. Ce n'est pas véritablement des corporations. Ce n'est pas véritablement le privé. Ils ont un employeur, c'est... c'est l'État du Québec.

La Coalition avenir Québec, lorsqu'elle était dans l'opposition, avait promis de mettre fin à l'incorporation. C'est ce qu'elle demandait quand elle était dans l'opposition. C'est 220 millions par année qu'on pourrait aller chercher et qu'on pourrait investir ailleurs. Est-ce que ça aide? On estendus à 2,3 millions de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille puis on en a 500 000 qui sont sur les listes d'attente.

Alors, si le privé était tellement meilleur que le public pour servir le monde, s'il améliorerait tant que ça l'accès aux services de santé, si ça nous coûtait vraiment moins cher, si c'était tellement plus efficace, on le saurait. Mais, au Québec, en réalité, on n'a aucune donnée probante qui démontre réellement ça. C'est plutôt le contraire. Et là le problème, c'est que le loup, il est dans la bergerie et que le gouvernement nourrit le loup plutôt que de s'occuper de la bergerie. Et c'est sur ce problème-là essentiel des gens qui veulent avoir accès à des soins, et que le public lui-même et que les intervenants du public ramènent vers le privé... C'est là-dessus que j'aimerais entendre le ministre. Merci.

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

**M. Dubé :** Oui. Je vais répondre, mais je voudrais juste rajouter un document que je vais rendre disponible tout à l'heure, parce que je regardais... Quand vous dites qu'on a le même nombre de chirurgies, là, à date, après 11 mois, on a à peu près 10 000 chirurgies de plus. Vous allez me dire que ce n'est pas assez, mais vous allez voir la progression. Moi, mon objectif, c'est de revenir au niveau d'opération qu'on avait avant la pandémie, pas juste en termes de liste d'attente mais en termes de volume. Ça fait que je vous enverrais un petit document qui est dans nos tableaux de bord internes puis que je pourrais mettre public, parce que, je pense, ça va aider à la discussion du volume et non juste de la liste d'attente. Je voulais juste dire ça. Je m'excuse, là, mais c'est dans la continuité de ce qu'on disait tantôt. Je vais rendre ça disponible.

Bon, maintenant, M. le député Jean-Talon... excusez-moi, M. le Président, là, il y a beaucoup de choses dans ce que vous avez dit en cinq minutes, puis je vais essayer de me concentrer sur... Parce qu'il y a plusieurs messages. Bon, je vais en prendre quelques-uns, là, parce que je vais me concentrer sur des...

Moi, quand vous me dites, là : Pourquoi qu'on va au privé, c'est-tu parce que ça coûte moins cher ou ça coûte plus cher? Je ne pense pas que c'est ça, la discussion ce matin. Je vais m'expliquer mais... Parce qu'il y a des fois que le privé, il est plus cher, puis il y a des fois que le privé, il est moins cher. Puis, dépendamment des types de chirurgie, des types de consultation... Puis, on l'a vu, il y a des opérations qui sont moins complexes, qui sont moins chères dans le privé. Puis le public est très bon dans des opérations complexes. Je veux juste dire que le débat du coût, c'est un débat en soi.

Mais, lorsqu'on parle de philosophie, là, c'est là que vous m'amenez, là, par exemple, où je suis d'accord avec vous, puis on a travaillé ensemble, puis peut-être que vous n'étiez pas là à ce moment-là, mais ce sera peut-être avec vous qu'on fera ces discussions-là dans les prochaines fois, sur les agences privées, on s'est entendus très rapidement, les quatre partis, que, je vais dire, la tarification, je vais l'appeler far west, là, que le député de Rosemont a référée, qu'on peut voir en ce moment dans certaines consultations au privé, est totalement non acceptable... totalement inacceptable, pardon. Et donc on a décidé d'agir là-dessus. Et là c'est... Je pense que c'est un peu ça, la question ce matin : Qu'est-ce qu'on fait, entre autres, avec de la tarification privée pour des tarifs qui sont non acceptables, qui ne sont pas dans le principe d'universalité?

Deuxièmement, j'aimerais dire que... Parce que, là, vous dites : Le pourcentage a augmenté. Mais il y a encore 97 % de nos médecins, qu'ils soient des omnis — des médecins de famille — ou des praticiens spécialistes, qui sont au public, 97 %. Je veux bien regarder le verre à moitié vide ou à moitié plein, mais là il est plein à 97 %. La question, c'est : Que font les 3 %? C'est ça, la question : Que font les 3 %? Et c'est ça que je pense qui est la question, ici, du député de Rosemont.

Bon, maintenant, je vais parler de transition. Puis la transition, pour moi, c'est ça qu'il est important de voir. Quand on a fait la main-d'oeuvre... Puis je me répète là-dessus, là, parce que, quand on s'entend, des fois, on travaille mieux ensemble sur l'objectif. L'objectif, là, puis on l'a vu avec la main-d'oeuvre indépendante, c'est : Quelle est la transition raisonnable pour se sortir d'un problème? Parce qu'à tout casser ça ne marche pas. Moi, je suis en amélioration continue. C'est un principe de gestion que je veux respecter.

• (11 h 30) •

Comment on s'améliore rapidement? La transition, ici, comme pour la main-d'oeuvre indépendante, c'est : Comment on peut faire cette transition-là? Est-ce que la transition peut se faire sur des tarifs maximums, sur une augmentation de l'offre? Vous me suivez? On a très bien fait ça avec la MOI. L'enjeu, puis je le répète, c'est : Quelle est la voie réglementaire ou légale, vous êtes un bon avocat, qu'on va prendre, qui va nous permettre d'aller là le plus rapidement possible? On l'a vu à la MOI. On a passé le projet de loi, printemps 2022. C'est-tu ça? Printemps 2022. On... C'est long, là, arriver, après ça, avec des règlements, avoir une contestation judiciaire des joueurs privés, des propriétaires d'agence, puis d'être capables d'avoir nos tarifs maximums qui vont être implantés dans les prochaines semaines.

Si on décide qu'on fait une transition pour certaines des discussions qu'on a aujourd'hui, assurons-nous, M. le député, qu'on va prendre la bonne méthode pour arriver où on veut tous arriver, c'est protéger notre système public, puis que les tarifs universels qui sont corrects pour les Québécois soient chargés par les bonnes personnes, incluant le 3 %, incluant le 3 %. C'est ça, je pense, qu'on doit discuter. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le ministre. Je vais recéder la parole au député de Richelieu.

**M. Émond :** Merci beaucoup, M. le Président. Tantôt, je vous parlais des retards de... sur les interventions en chirurgie durant la pandémie, après la pandémie, puis ça m'amène à vous parler, M. le Président, d'un bon coup durant la pandémie, quand même, qui... qui est adapté à la réalité d'aujourd'hui. Je veux vous parler un peu de prévention, de dépistage surtout, M. le Président. Et, comme on dit, prévenir, c'est mieux que guérir pour... C'est important de prévenir. Je dis maladroitement, je fais la promotion de la prévention.

Et, en dépistant plus particulièrement les cancers, M. le Président, on a plusieurs avantages notables. Les tests de dépistage peuvent nous rassurer afin de voir si les résultats sont normaux. Les tests de dépistage peuvent nous aider à prévenir certains cancers, en révélant des changements qui deviendraient cancéreux en l'absence de traitement. Ils peuvent nous aider à détecter un cancer avant l'apparition des symptômes, M. le Président, avant qu'il se propage, hein, alors qu'il est beaucoup plus facile à traiter. La détection précoce peut permettre de diminuer la durée de traitement, la convalescence. Et plus le cancer est traité, détecté rapidement, meilleures sont les chances de guérison.

Et je revenais dans notre... dans l'état d'esprit de 2020, durant la pandémie de la COVID-19. Au fil des mois, des avancées, on a mis sur pied des centres de dépistage et par la suite des centres de vaccination, rappelez-vous, M. le Président,

qui se sont avérés des éléments clés dans la réussite pour passer au travers de cette période qui nous a tous marqués. Et, dans le budget de l'an dernier, 2023-2024, le ministre des Finances a annoncé une mesure de l'ordre de 1,36 milliard de dollars sur cinq ans pour pérenniser la nouvelle approche développée pour la vaccination et le dépistage en élargissant, M. le Président, la portée vers d'autres services de première ligne.

Donc, rappelez-vous, le 5 février dernier, depuis le 5 février, pour les personnes de 50 à 74 ans, il est possible de prendre rendez-vous en ligne pour le dépistage du cancer colorectal avec un PSL, un point de service local. Il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent au Québec, M. le Président, je vous le rappelle. Et les PSL offrent une multitude de services, dont la vaccination, le dépistage et des services de prélèvement, entre autres. Et, comme le test de... pour le cancer colorectal est simple et rapide à effectuer, le gouvernement ne voyait plus la pertinence, M. le Président, d'obliger les patients à obtenir une ordonnance ou une requête de la part d'un médecin de famille. Donc, à la suite de leur inscription sur Clic Santé, c'est très simple, les patients reçoivent une enveloppe qui contient le test lors de leur rendez-vous avec une infirmière du centre de vaccination, et ensuite au patient d'effectuer le prélèvement et le ramener au centre dans les 48 heures, et l'infirmière va faire le suivi pour ensuite annoncer le résultat.

Je cite Mme Prince, du journal *La Presse*, en février dernier, qui disait... et qui citait le ministre de la Santé : «On veut...» J'ouvre les guillemets, M. le Président, pardon : «On veut désengorger les hôpitaux, et, en ce moment, ça vous prend un médecin qui vous dit d'aller passer le test. On sait qu'il y a des gens qui n'ont pas encore de médecin de famille ou qui sont incapables de le voir.» Donc, on vient d'enlever cette étape-là, M. le Président.

Le ministre affirmait aussi désirer mettre en place le dépistage d'autres types de cancer lorsque les tests similaires seront disponibles. Donc, ça m'amène à vous parler de prendre quelques instants pour souligner la mesure de mammographie sans ordonnance, qui s'est élargie aux femmes de 70 à 74 ans depuis 2024, une mesure qui s'appliquait auparavant uniquement aux femmes de 50 à 69 ans, M. le Président. Et les femmes admissibles ont commencé à recevoir des invitations à prendre rendez-vous. Le gouvernement va s'assurer que les ressources sont disponibles pour accueillir cet afflux, cette demande supplémentaire qui pourrait amener les spécialistes à effectuer 90 000, quand même, 90 000 nouvelles mammographies par année.

Je vous rappelle le mandat qui a été confié à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, le mandat d'évaluer l'élargissement potentiel du test de dépistage dès l'âge de 40 ans. Les recommandations, M. le Président, seront transmises au ministère de la Santé d'ici l'automne, et il s'ensuivra la décision, à savoir si on va de l'avant ou pas, dans le même sens que d'autres provinces canadiennes qui élargissent cette mesure aux femmes dans la quarantaine.

Donc, en terminant, M. le Président, simplement un petit bloc pour rappeler l'importance de la prévention ou du dépistage et les bons coups qu'on a su tirer de la pandémie pour les actualiser aujourd'hui.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le député. Alors, M. le député de Pontiac, à peu près un 2 min 30 s max.

**M. Fortin :** 2 min 30 s. Parfait. Juste... Je vais prendre 15 secondes de ça pour répondre au député de Richelieu que c'est une bonne mesure, le dépistage additionnel en mammographie, mais, quand il dit qu'il va y avoir les ressources pour s'assurer que les femmes puissent se faire dépister, je lui rappelle que le temps d'attente, en Outaouais, pour une mammographie, c'est plus que 30 semaines. Est-ce que c'est 35, 40, 45, 50? On ne le sait pas. On est tellement hors délai qu'on n'a même plus de mesure de c'est combien de semaines. Alors, on est loin du... on est loin du compte.

Je veux prendre les dernières deux minutes pour parler de préhospitalier avec le ministre, là. Il a déposé son plan préhospitalier. Il y a des mesures qu'il a choisi de mettre en place, très bien, des très bonnes mesures. Il y en a d'autres qu'il a choisi de ne pas mettre en place, hein, c'est-à-dire, par exemple, on va continuer, au Québec, d'utiliser nos ambulances pour faire du transport entre hôpitaux de patients qui sont stables. Je demanderais au ministre de nous expliquer pourquoi il fait ça, parce que, les patients qui sont stables qui appellent le 9-1-1, là, on leur dit : On ne vous enverra pas d'ambulance, là, rendez-vous vous-mêmes à votre clinique ou ailleurs. On demande aux gens de ne pas le faire, mais le réseau de la santé le fait et, en faisant ça, il crée des découvertures partout dans son... dans son réseau.

J'explique ce qui arrive chez nous, là. S'il y a un patient qui se fait transférer de Shawville à l'Hôpital de Hull, bien, c'est une ambulance de moins — un patient stable, là — sur le territoire du Pontiac. Puis, cette ambulance-là, ça lui prend beaucoup, beaucoup de temps à retourner dans le Pontiac parce qu'elle se fait appeler... pendant qu'elle est en ville, elle se fait appeler sur d'autres appels urgents.

Alors, dernière chose, je veux... Je ne voulais pas le faire à la période de questions parce que je voulais une vraie bonne réponse de la part du ministre puis lui expliquer ce qui s'est passé, là. Vendredi et samedi soir, à Maniwaki, il y avait une ambulance sur deux. Il y en avait juste une pour tout le territoire de la Haute-Gatineau. Et le centre de trauma, en même temps, était fermé à l'Hôpital de Maniwaki. Il n'y avait pas de chirurgien. Ça, ça veut dire que, si une ambulance avait un patient traumatique, là, traumatisé, elle allait à Mont-Laurier, qui est à peu près l'urgence la plus occupée au Québec, à 55 kilomètres, ou elle allait à Hull, à 131 kilomètres. Ça, comment on peut permettre des situations comme ça, où on a un centre de trauma fermé et on a juste une des deux ambulances de disponible? C'est mettre la population à risque, un dossier comme celui-là, une situation comme celle-là, et je ne peux pas accepter, je ne peux pas penser qu'il n'y a pas une meilleure coordination que ça dans des situations comme ce qui s'est passé à Maniwaki en fin de semaine.

## Conclusions

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le député. Alors, M. le ministre, les 10 prochaines minutes vous appartiennent.

**M. Christian Dubé**

**M. Dubé :** Juste pour être certain qu'on a une très bonne discussion ce matin, là... Puis je vais en profiter pour... Je vais vous revenir, M. le député, sur la question du préhos, parce que j'ai rencontré, pas plus tard qu'hier, le Dr Bergeron, qui était avec son équipe du préhospitalier, là, Paul Lévesque puis des gens que vous connaissez, là, de votre ancienne vie, là, et il y a... il y a à peu près 60 actions dans... Tu sais, c'était... On a fait une stratégie il y a deux ans, vous savez. Après ça, on fait un plan d'action. Puis le plan d'action que les gens ont déposé, il a été salué, parce qu'il y a des actions très ciblées. Mais, en même temps, dans ces actions-là, il y a... ça prend toujours des dollars.

• (11 h 40) •

Puis je sais qu'en Outaouais, là, on a fait, je pense, la moitié des gens... Puis on a... Il reste une autre partie à faire. Ça fait que j'aimerais ça vous revenir spécifiquement sur ce cas-là, parce que c'est exactement ce que j'ai dit, c'est où est-ce qu'on est à risque, parce qu'on met quand même, là, je pense, 600 millions sur cinq ans dans le préhospitalier. Vous l'avez vu quand on l'a annoncé. On met des... on met des hélicoptères. On fait des choses pour les régions, parce que c'est ça, le problème, souvent, les temps de...

Ça fait que j'aimerais ça vous revenir spécifiquement sur les cas où vous m'avez parlé puis la fermeture du trauma, là. Ça, ça me préoccupe un peu. Mais je ne voudrais pas aller trop dans le détail parce que je ne le connais pas. Mais je vous reviendrai là-dessus. Ça fait que n'hésitez pas à me reposer la question. Entre-temps, j'aurai des réponses plus précises. Mais vous savez que ça, ça me préoccupe.

Étant donné... Là, là, c'est mon dernier bloc de 10 minutes, c'est ça? Puis après ça c'est le député de Rosemont.

**Le Président (M. Provençal) :** Oui. Là, il vous en reste huit.

**M. Dubé :** O.K. Pardon?

**Le Président (M. Provençal) :** Il vous en reste huit.

**M. Dubé :** C'est tellement intéressant qu'on dirait que ça passe trop vite. C'est... Ça doit être bon signe. Peut-être, ce que... mes idées, là, mais... Je veux juste être certain que les gens qui nous écoutent... Puis je... C'est tout à votre honneur, M. le député de Rosemont, d'avoir amené le questionnement de cette façon-là. Je veux vous le dire, O.K.? Mais je voudrais bien aussi que les gens qui nous écoutent... Puis, je l'ai dit quelques fois, cette question-là du privé versus le public, on l'a commencée avec p.l. n° 15, entre autres, hein, parce qu'on a eu ces débats-là. Et, moi, c'est pour ça, tout à l'heure, que je vous disais, là : Ce n'est pas... ce n'est pas nouveau, ce qu'on discute là, ce matin, puis, la réflexion, on l'a déjà commencée, parce que... Entre autres, regardez, là, les... la question du «in and out», là, avec les médecins qui se promènent. Je vous ai dit, il y a quelques semaines ou il y a un mois, publiquement : Écoutez, on est en train de le regarder.

Mais ce que j'aimerais dire comme première, je dirais, conclusion... ou engagement, là, je ne sais pas c'est quoi, le bon mot à utiliser, mais qu'il y a une chose qui est claire ce matin, les quatre partis qui sont ici, là, c'est qu'on a le même objectif. C'est de protéger notre système public puis que les Québécois soient capables d'être soignés gratuitement.

Bon, maintenant, on est en période de transition. On a tous compris ça. Est-ce que le privé nous a aidés beaucoup durant la pandémie? La réponse, c'est oui, beaucoup. Est-ce qu'en ce moment il y a des gens qui exagèrent dans le réseau parce qu'il y a eu des ouvertures qui se sont faites? Je vous le dis, des non-participants, ça n'existait pas il y a 20 ans. Il n'y en avait pas beaucoup. Il y a eu une augmentation. Il y a des gens, maintenant, qui en profitent. Est-ce que c'est une question de tarifs maximums? Est-ce que c'est une question de pratique au privé?

Ce que j'aimerais qu'on retienne de ce matin, c'est que moi, je suis très ouvert à regarder les meilleures solutions. Je veux juste... C'est ça que je veux qu'on regarde. Et, si on a la même collaboration qu'on a eue dans la MOI, la main-d'oeuvre indépendante, s'entendre sur l'objectif, discuter les moyens puis faire la meilleure transition, moi, je suis certain que les quatre partis qui sont ici, là, on va trouver une façon de s'entendre.

Moi, ce que je vous dis, très transparent avec ça, je l'ai dit... Je veux revenir juste deux... Il me reste un peu de temps. Je veux revenir sur le plan santé, parce que, là, vous allez voir comment on peut insérer ça là-dedans. Je le dis souvent ces temps-ci, mes priorités de 2024, là, l'année en cours, parce que j'ai mon horizon de 2025... Mais, en 2024, je vais continuer à travailler sur les améliorations de l'accès, mais je vais travailler sur les changements de fond.

Les changements de fond, je veux juste les... Nos conventions collectives, je ne peux pas en parler, mais on a fait beaucoup de chemin, là, depuis quelques mois sur les conventions collectives. Parce que les changements de fond, c'est ce qu'on a appelé les fondations du réseau en 2022 quand on a déposé le plan. C'est les ressources humaines, donc, les conventions collectives. C'est l'informatique, ma collègue parlait du Dossier de santé numérique, l'accès aux données, les... p.l. n° 5 qu'on a fait ensemble, puis tout ça. 2024, les changements de fond, c'est principalement... Une fois que nos infirmières auront voté sur la présentation qui a été faite par leurs entités syndicales hier, on pourra en reparler pour voir quel genre d'améliorations qu'on a dans le réseau, parce que ça, c'est un changement de fond important, on s'entend.

Deuxièmement — changements de fond, je l'ai dit — les ententes avec les médecins. Nos deux fédérations, c'est des ententes de cinq ans. Elles ont expiré en 2023. Elles étaient de 2018 à 2023. Là, on est en train de finaliser les mandats qu'il va y avoir entre la Santé et le Conseil du trésor. La discussion qu'on a ce matin peut très bien en faire partie si c'est la bonne façon de faire. Je vous ai dit tantôt : Est-ce que... Où on peut avoir ce genre de discussion là? C'est-tu dans un projet de loi? C'est-tu dans des règlements avec la RAMQ? C'est-tu, en partie, avec nos ententes avec les médecins? Ça, c'est un gros élément de 2024, O.K.?

Alors, c'est pour ça que ce que je dis ce matin, pour être très, très clair, ça s'insère très bien dans où on est rendus dans l'exécution du plan santé, parce que, moi, l'engagement que j'ai pris, c'est de dire : Jusqu'à 2025, je vais travailler en parallèle sur les changements de fond — conventions collectives, c'en était un — les gros changements dans nos systèmes informatiques. Écoutez, on est en train de l'implanter dans le Centre-du-Québec, là, le DSN, là. Ce n'est pas un rêve, là. C'est en train de se faire. Il y a des gens qui sont allés se former. Ça fait que je veux juste dire que, la discussion qu'on a ce matin, je veux la camper, la camper dans le plan santé, trouver la meilleure façon d'y arriver pour qu'on respecte notre objectif.

Bon, maintenant, sur les améliorations de l'accès, qui est l'autre chose, je veux juste dire qu'on va continuer à travailler. Puis je suis content parce que, là, maintenant, on peut s'entendre. J'ai beaucoup aimé la question, comment le député de Pontiac l'a présentée. C'est dire : Maintenant, on s'entend sur les chiffres. On sait où aller voir. Puis, quand vous me posez des questions, je ne les vois pas comme une attaque. Je veux vous donner des explications. Puis c'est pour ça que je vous... je vous donne comment on est en train de travailler avec nos P.D.G. Donc, les directives, là, je vais être très clair... J'ai demandé à Thomas tout à l'heure. Aussitôt qu'on sort, je vais... On va revérifier avec Julie. Si je peux vous les envoyer ce week-end, je vais le faire. Moi, c'est le genre de discussion que j'aime avec vous, parce qu'on veut tous que ça marche, cette affaire-là.

Bon, qu'est-ce qu'il me reste comme... comme points que je voudrais trouver? Les autres changements que je pense qu'il faut faire pour les Québécois, c'est d'être capables de... Je vais le dire, M. le député, je ne pense pas qu'on est dans les dogmes du tout, pas du tout. Le privé, pour moi... Puis c'est... Maintenant que j'ai compris votre question ce matin... Parce que je vous avoue qu'hier, là, je me demandais encore, en préparant nos équipes, qu'est-ce qu'il allait me demander. Moi, je pensais que vous me parliez plutôt des coûts comme tels. Mais je voudrais juste vous rassurer sur une chose. Le premier ministre nous a demandé... Ça fait que, tout ce que j'avais préparé, je n'en ai pas parlé. C'est correct. La vie est comme ça.

Mais je vais vous dire ce que j'avais préparé, en 30 secondes qu'il me reste, là, à peu près une minute. On a un exercice très intéressant à faire avec l'arrivée de Santé Québec. Là, on va prendre un budget qui, habituellement, était discuté avec le ministère. Rappelez-vous, le p.l. n° 15, on en a parlé. Puis, une fois que le budget est accepté, on va le donner à Santé Québec, hein, puis là on va dire : Voici les objectifs que vous avez à rencontrer. Le premier ministre, le ministre des Finances nous ont dit : O.K., on vous a donné beaucoup de sous, à la Santé, là, pour réaliser votre plan, mais pouvez-vous penser à la révision des programmes? C'est ça qu'il nous a demandé de faire au cours de 2024-2025.

Moi, j'aimerais ça qu'on... quand on va arriver dans la période des crédits, qui est toujours un exercice très intéressant, la période des crédits, c'est qu'on ait cette approche-là, aussi constructive qu'on a eue ce matin, de se poser des questions de fond sur la place de la prévention, sur la place de la révision des programmes, tout ça. Je ne vous dis pas... Parce que, des fois, on profite des crédits pour faire des questions plus politiques. Je fais juste dire : Je suis assez impressionné de la qualité de la discussion ce matin. Ce serait le fun qu'on puisse continuer ça dans la période des crédits. C'est mon souhait, M. le Président.

• (11 h 50) •

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. Merci beaucoup, M. le ministre. Et la conclusion de cette interpellation va appartenir au député de Rosemont.

### M. Vincent Marissal

**M. Marissal :** Bien, je rassure le ministre tout de suite, nous parlerons intelligemment, je l'espère bien, de plein de sujets lors des crédits, que j'attends toujours avec impatience et mes collègues aussi, j'en suis sûr, mais on parlera de Santé Québec.

J'ai trois petits points rapides avant d'attaquer le vif du sujet. Puisque vous parlez de Santé Québec, M. le ministre, moi, j'ai été assez surpris de vous entendre dire, la semaine dernière, que la première année de Santé Québec allait servir à faire le ménage dans les programmes, tel que demandé, dans l'exercice, par le ministre des Finances. J'ai hâte d'en savoir plus. Je l'ai dit...

**M. Dubé :** ...M. le Président. Je ne veux pas être dans le club des...

**M. Marissal :** Non. Parce que c'est mon temps. On en discutera après.

**M. Dubé :** Non. O.K. Excusez-moi. O.K.

**M. Marissal :** Mais ce que j'ai lu, notamment, dans *Le Devoir*, c'est que vous étiez heureux de pouvoir faire le ménage dans la première année et que ça allait bien... que Santé Québec allait servir. Alors, tant mieux si j'ai mal compris. Parce que moi, je suis assez vieux pour avoir connu pas mal de ministres de la Santé.

**Une voix :** ...

**M. Marissal :** On y reviendra, on y reviendra. Mais je suis content de... Si je me suis trompé, je suis vraiment heureux. Ce serait une bonne nouvelle, là.

Bien, je dois remercier, d'abord, les collègues de s'être prêtés à l'exercice ce matin, un vendredi matin. Merci d'avoir été là. Merci d'avoir participé, avec une mention spéciale au député de Jean-Talon, qu'on connaît moins

parce qu'il est nouveau, et il n'est pas, normalement, critique en santé. Alors, pour... En toute transparence, j'ai écrit à son collègue des Îles pour lui dire de se méfier parce qu'il est assez bon, le député de Jean-Talon. Et, tout ce qu'il a dit, j'aurais pu le dire, et il l'a dit mieux que moi. Alors, merci d'avoir fait ça, de... au collègue de Jean-Talon.

Un petit mot, rapidement, avant d'attaquer le vif du sujet. M. le ministre, vous avez dit tout à l'heure qu'il y a encore trop de P3, P4 aux urgences. Je répète que c'est difficile pour les patients de savoir s'ils sont P3, P4. Et là j'en profite pour souhaiter que nous... nous exprimions, tous et toutes ici, nos plus profondes condoléances à la famille de Mme Boisclair, qui est décédée à Joliette. Je ne voudrais pas tourner le fer dans la plaie, mais elle était P4. Alors, pour... juste pour dire que ce n'est pas de la faute du monde s'il se ramasse aux urgences. Puis moi, si j'ai mal quelque part, je ne le sais pas, si je suis P3, P4. Je pense que je sais si je suis P1, là, puis, normalement, on le sait trop tard, mais je voulais juste dire ça. Puis exprimons solennellement, là, nos condoléances à cette famille-là. Ça n'aurait jamais dû se passer, cette affaire-là, et c'est très, très malheureux.

Alors, je vais au vif du sujet. M. le ministre, moi non plus, je ne veux pas être dans le club des mal cités. Ce serait... Ce ne serait vraiment pas chic pour un ancien journaliste. Vous avez dit tout à l'heure : On s'entend sur le fait que les patients doivent avoir accès aux services en santé aux meilleurs tarifs. Fin de la citation. Précision, on s'entend sur le début. C'est vrai qu'il faut que les patients aient un accès universel aux meilleurs services. On a fait des travaux là-dessus. Mais, pour moi, le meilleur tarif, c'est pas de tarif, parce que les gens paient des impôts au Québec, puis, je l'ai dit, on en paie pas mal. Puis on avait un pacte... on a un pacte. J'espère que je ne suis pas au passé ici, là. J'espère qu'on est encore au présent. On a un pacte. On paie nos impôts, on les fait, on travaille puis on a un service, après, qui... qui nous est... qui ne nous est non pas dû, mais qu'on s'est payé, hein, parce qu'on se l'est payé. Le système de santé, on se l'est payé. C'est quelque chose dont on devrait être fiers, d'ailleurs.

Alors, le meilleur tarif, là, c'est pas de tarif, puis ça revient au sujet de mon interpellation aujourd'hui. Je suis heureux d'entendre l'ouverture du ministre, à savoir : Est-ce qu'on peut voir comment s'assurer qu'il n'y ait pas d'abus? Je l'ai entendu dire qu'il y a probablement des gens... puis là, encore là, je ne veux pas le citer erronément, mais je l'ai entendu dire, pas mal proche, qu'il y a peut-être des gens qui abusent, comme ça a été le cas avec les agences de placement. Puis, je le redis, là, ce n'est pas méchant, c'est dans la nature de la bête. S'il y a 1 \$ à faire, il y en a qui vont vouloir en faire 1,50 \$. C'est comme ça parce qu'on a ouvert la porte à ça.

Et, je le répète, là, que ce soit bien, bien clair, moi, ma position ce matin, ce n'est pas de faire l'apologie de l'offre en privé. Le ministre me connaît, là. Ça fait presque trois ans, là, qu'on est vis-à-vis. Il connaît mes positions là-dessus. Moi, dans un monde idéal, là, on la ferait disparaître, l'offre au privé. Mais là on a une urgence. On a une urgence à s'assurer que, justement, on ne retombe pas, avec les soins en première ligne, dans les mêmes abus que l'on a connus avec les agences de placement.

Il y a un chroniqueur qui me posait la question, l'autre fois, qui me disait : Qui aurait intérêt à se lancer dans les mini-hôpitaux privés au Québec, au privé? Puis il y a eu des délais, là, dans les appels d'offres. Il y a eu un nouvel appel de propositions. Ça ne semblait pas se lancer, là, se bousculer au portillon, là, pour avoir des appels d'offres privés pour les mini-hôpitaux. Puis la question était bonne. Pourquoi un entrepreneur privé se lancerait dans une telle aventure? Parce que... parce qu'à la fin le mot-clé ici, là, c'est un mot de six lettres qui commence par p, «profit», et, le plus souvent, il y a sept lettres, parce que «profit» vient souvent avec un s. C'est... c'est souvent des profits. Alors, la question est bonne. Pourquoi un entrepreneur privé se lancerait dans une telle aventure qu'avoir un hôpital, mini, même mini, là, privé, s'il n'y a pas d'argent à faire? Il n'y a pas d'intérêt. Ces gens-là font... font des affaires, puis, à la limite, c'est correct.

Moi, je pense que le mot «privé» devrait disparaître de notre discours en matière de dispensation des soins, ce pourquoi je dis que je ne suis pas ici pour faire l'apologie de l'offre au privé. Mais effectivement pourquoi quelqu'un se lancerait là-dedans s'il n'y a pas de profit à faire? Il n'y a personne qui est assez fou pour se lancer dans la construction d'un hôpital. Puis, on le sait, là, on les gère, les hôpitaux, là. Le gouvernement, l'État gère les hôpitaux. On le sait, que c'est un paquet de troubles. Mais c'est un service essentiel puis c'est un service qu'on s'est donné. S'il n'y a pas d'argent à faire, il n'y a personne qui va se lancer là-dedans, pas un privé, en tout cas. On ne fait pas ça pour la beauté de la chose ou pour, philosophiquement, donner des services. Alors, je veux insister là-dessus, là.

La raison pour laquelle j'ai fait cette interpellation ce matin et que je parle souvent du risque, de la menace du privé, elle est double. De un, nécessairement, qui dit privé dit profit. C'est pour ça que ces gens-là se lancent dans ces aventures-là. Et l'autre aspect, évidemment, je le dis souvent ici, c'est qu'il n'y a qu'un bassin de main-d'œuvre au Québec. Si le privé est plus attrayant pour le bassin de main-d'œuvre, nécessairement, il y aura un effet de vases communicants qui sera au désavantage du public. Et on le voit, d'ailleurs, puis le ministre ne pourra jamais me contredire là-dessus.

Tous les efforts que l'on fait pour ramener notre monde... Si on veut ramener notre monde, c'est parce qu'ils sont partis. Alors, on essaie de les ramener puis on n'est pas tout à fait à armes égales, parce que, quand une belle grosse clinique privée ouvre... Je l'ai dit tantôt, là, petite parenthèse, mais je suggère au ministre de regarder ça. Je pense qu'il le connaît, le projet de Mont-Tremblant, grosse clinique de type mini-hôpital privé. Puis je ne suis pas sûr qu'il est si mini que ça, d'ailleurs. C'est avancé avec la municipalité. Ça pousse là-bas, là. Alors, quand est-ce qu'on va s'arrêter? Quand est-ce qu'on va s'arrêter de développer, justement, cette offre de santé privée? En anglais, ils disent «private for profit». C'est peut-être un pléonasme, là, mais disons-le pareil, privé pour profit. Il est là, mon point.

Alors là, aujourd'hui, je demande qu'on applique les freins sur une situation particulière parce qu'elle fait mal à nos familles, elle fait mal aux aînés, elle fait mal aux patients qui n'ont pas d'autre choix que de se priver vers une offre florissante et rampante du privé. Alors, dans l'immédiat, moi, je dis : Là, on a un problème, on risque de le développer encore plus.

Je vous ai parlé du nombre grandissant d'infirmières praticiennes qui s'incorporent. Parce que, si c'est bon pour les médecins, ça va être bon pour les infirmières. Elles vont s'incorporer. Elles non plus n'ont pas de limite. Il

est dit ici que les infirmières et infirmiers doivent demander et accepter des honoraires justes et raisonnables. Qu'est-ce qui est un honoraire juste et raisonnable pour le patient qui ne le sait pas? Et là, là, on va... Là, on va creuser notre problème, là. On va creuser notre problème, là, puis on va se revirer de bord, puis on va avoir la même situation sur les bras qu'on s'est bricolée avec les agences de placement, parce qu'évidemment, et je le redis, le privé est là pour le profit.

Alors, en attendant de faire le vrai débat... Puis il y aura une campagne électorale un jour, là, dans deux ans quelques. On aura nos propositions. Elles seront débattues. C'est à ça que ça sert, les campagnes électorales. La CAQ aura ses propositions. Les partis... Le Parti québécois, les libéraux aussi auront leurs propositions. On en débattrà à ce moment-là. Mais moi, pour le moment, je demande au ministre d'appliquer le frein à main maintenant pour cesser les abus. Merci.

• (12 heures) •

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. Je pense que le message est très clair.

Je tiens à vous remercier pour la qualité de vos échanges et je vous remercie surtout de votre présence. Sur ce, je vais vous souhaiter un bon retour en comté. Soyez prudents.

Alors, compte tenu de l'heure, je lève la séance. Et la commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux sine die. Merci beaucoup.

*(Fin de la séance à 12 h 01)*